

**Universiteit voor Humanistiek**

**Masterthesis Zorgethiek en Beleid**

Thesisbegeleider: Prof dr. Carlo Leget

Tweede lezer: Dr. Vivianne Baur

Examinator: Dr. Merel Visse

**Studentgegevens:**

Melanie Huijbregts

1010506

[melanie.huijbregts@student.uvh.nl](mailto:melanie.huijbregts@student.uvh.nl)

Datum: 3 juli 2017 Utrecht



Conferentie in mierenhoop, mieren aansluiten met antennes om netwerk te creëren — Foto van antreyy

# ZONDER VERBINDING GEEN VERBETERING

Fenomenologisch onderzoek naar de geleefde  
ervaring van zorgverleners wat betreft het onderdeel  
zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie

Een bijdrage aan goede zorg vanuit zorgethiek

<b>INHOUD</b>	<b>Pag.</b>
<b>1. TITELBLAD</b>	
<b>VOORWOORD</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>5</b>
<b>2. PROBLEEMSTELLING</b> .....	<b>6 – 8</b>
2.1 Aanleiding.....	6
2.2 Maatschappelijk probleem.....	6 – 7
2.3 Wetenschappelijk probleem.....	7
2.4 Vraagstelling.....	7
2.5 Doelstelling.....	8
<b>3. THEORETISCH KADER</b> .....	<b>9 – 11</b>
3.1 Definitie van begrippen.....	9 – 10
<i>Geleefde ervaring</i> .....	9
<i>Lerende organisatie</i> .....	9
<i>Zorgethiek</i> .....	10
3.2 Conceptuele verkenning.....	10 – 11
<i>Macht</i> .....	10
<i>Waardering</i> .....	11
3.3 Sensitizing concepts.....	11
<b>4. METHODE</b> .....	<b>12 – 15</b>
4.1 Onderzoeksbenadering.....	12
4.2 Onderzoeksmethode.....	12 – 13
4.3 Casusdefinitie.....	13
4.4 Onderzoekseenheid en dataverzameling.....	14
4.5 Data-analyse.....	14 – 15
4.6 Fasering.....	15
4.7 Ethische overwegingen.....	15

<b>5. BEVINDINGEN</b>	<b>16 – 27</b>
5.1 Relationaliteit	16 – 18
5.1.1 Beleven van organisatie	16
5.1.2 Beleven van relaties	17
5.1.3 Ervaren macht/onmacht	17 – 18
5.2 Verwachtingen	19 – 23
5.2.1 Beleven van leren	19 – 20
5.2.2 Beleven van verandering/ontwikkeling	21 – 22
5.2.3 Ondervinden van verwachtingen	22 – 23
5.2.4 Beleven van verantwoordelijkheid	23
5.3 Behoeftes hebben	23 – 25
5.3.1 Ervaren van structuur	24
5.3.2 Ervaren van uitdaging	24
5.3.3 Waardering belevens	24 – 25
5.4 Conclusie	26 – 27
<b>6. ZORGETHISCHE REFLECTIE</b>	<b>28 – 36</b>
6.1 Relationaliteit	28 – 30
6.1.1 Betrokkenheid – verbondenheid vs. distantie	28 – 29
6.1.2 Macht en onmacht	29 – 30
6.1.3 Gelijkheid	30
6.2 Verwachtingen	31 – 32
6.2.1 Verantwoordelijkheid	31
6.2.2 Verantwoordelijkheid vs. verplichting	32
6.3 Behoeften	32 – 34
6.3.1 Kwetsbaarheid en afhankelijkheid	32 – 33
6.3.2 Waardering – waardigheid	33
6.3.3 Erkenning	33 – 34
6.3.4 Erkenning: aandachtigheid	34
6.4 Conclusie	35 – 36

<b>7. BIJDRAGE AAN GOEDE ZORG</b>	<b>37 – 39</b>
<b>8. CONCLUSIE</b>	<b>40 – 43</b>
8.1 Aanbevelingen	41 – 43
8.1.1 Aanbevelingen voor zorgpraktijk	41 – 43
8.1.2 Aanbevelingen voor wetenschap	43
<b>9. KWALITEIT</b>	<b>44 – 47</b>
9.1 Externe validiteit	44 – 46
<i>Communicatieve generaliseerbaarheid</i>	44
<i>Overdraagbaarheid</i>	45
<i>Bruikbaarheid</i>	45 – 46
9.2 Interne validiteit	46 – 47
<b>NAWOORD</b>	<b>48</b>
<b>LITERATUUR</b>	<b>49</b>
<b>BIJLAGEN</b>	

## VOORWOORD

Het schrijven van dit voorwoord heb ik tot het laatste moment uitgesteld. Ik heb er niet naar uitgekeken, eerder heb ik er tegenop gezien. Want hoe kan ik in woorden vatten, en in een beperkt aantal zinnen omschrijven, wat voor mij persoonlijk de aanleiding was voor dit onderzoek? De afgelopen drie jaar studie aan de Universiteit voor Humanistiek, waaronder de Premaster en Master Zorgethiek en Beleid, heeft mij namelijk dusdanig doen leren en ontwikkelen, dat er überhaupt een drijfveer voor dit onderzoek kon ontstaan.

Want zorgethiek heeft mijn blik verbreed.

Als verpleegkundige zag ik zorg voorheen als datgene wat er op de werkvloer gebeurde, beperkt tot de handelingen die ik verrichte om voor de cliënt te zorgen. Deze studie heeft mij doen inzien dat de context van zorg groter is dan dat. En bood mij inzicht in die contexten, zoals het maatschappelijke, wetenschappelijke en politieke in zorg.

Het heeft mij geholpen woorden te geven aan de ongemakken die ik voelde tijdens mijn zorg voor cliënten. Het bleek bij mij vaak te gaan om morele ongemakken. Ik heb geleerd deze te onderzoeken. En geleerd om datgene wat voor mij eerst ‘ongrijpbaar’ was, te vangen.

Tot slot is mijn blik verbreed naar kwetsbaarheid van, en zorg voor zorgverleners. Niet eerder ben ik mij hier zo bewust van geweest dan op dit moment.

Op die manier is mijn aanleiding voor dit onderzoek naar de geleefde ervaring van zorgverleners binnen een lerende verpleeghuisorganisatie, met een bijdrage aan goede zorg voor deze zorgverleners, ontstaan.

En is het me uiteindelijk toch gelukt om deze masterthesis te introduceren met een persoonlijk voorwoord.

Er rest mij niets anders dan u veel leesplezier te wensen.

Ik heb er in ieder geval van geleerd, en zeker ook van genoten.

Melanie Huijbregts

Oosterhout, 2 juli 2017

## **SAMENVATTING**

De kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen schiet tekort. Daarom voert de overheid in rap tempo maatregelen door om dit te verbeteren. Verschillende verpleeghuiszorgorganisaties proberen die veranderingen het hoofd te bieden door zich te construeren als lerende organisatie. ActiZ concludeerde dat er in de hele discussie over de kwaliteit van zorg te weinig recht wordt gedaan aan de zorgverleners. Binnen wetenschappelijk onderzoek is niet eerder aandacht geweest voor de ervaringen van zorgverleners wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie.

In dit onderzoek is door middel van kwalitatief fenomenologisch onderzoek, inzicht verkregen in de geleefde ervaring van zorgverleners wat betreft het fenomeen onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie. Dit is gebeurd door een interpretatief onderzoek via de IPA-methode. Aanvullend is de vraag gesteld welke inzichten een zorgethische reflectie op de geleefde ervaringen oplevert, en wat deze kunnen bijdragen aan goede zorg voor zorgverleners?

De geleefde ervaring van de zorgverleners vertoont pluriformiteit en ambivalentie.

Daarbinnen openbaren zich overeenkomsten en verbindende factoren. Uiteindelijk kan de geleefde ervaring beschreven worden aan de hand van drie belangrijke elementen: relationaliteit, verwachtingen en behoefte hebben. Binnen het thema relationaliteit staan de concepten en begrippen betrokkenheid, relaties, verbondenheid, macht, machteloosheid en moedeloosheid op de voorgrond. Het thema verwachtingen kenmerkt zich door negatieve gevoelens. In het laatste thema, behoefte hebben, toonde zich het spanningsveld tussen zelfstandigheid en sturing krijgen. Tot slot bleek waardering een tekortkoming, en daarmee behoefte van de zorgverleners.

De zorgethische reflectie leverde interessante en waardevolle inzichten op. Zo is notie verkregen van een aantal spanningsvelden. Ook is opgemerkt dat de context van verantwoordelijkheid van de zorgverleners klein is. En dat het erkennen van de kwetsbaarheid van de zorgverleners om verschillende redenen van belang is. De prominente rol van het begrip 'verbondenheid' is hier aan het licht gebracht.

De essentie van goede zorg voor de zorgverleners is het tot stand brengen van verbinding.

Afsluitend zijn een aantal aanbevelingen gedaan voor de zorgpraktijk, en voor de wetenschap.

## **2. PROBLEEMSTELLING**

### **2.1 Aanleiding**

Als verpleegkundige maak ik momenteel deel uit van een lerende verpleeghuisorganisatie die continu streeft naar het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De organisatie onderneemt naarstig initiatieven om zorgverleners te betrekken bij besluitvorming, en veranderingen ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Ik zet me daar als zorgverlener graag voor in. Op de werkvloer zie ik echter dat veranderingen door weinig zorgverleners met open armen worden ontvangen. Ik bemerk onder hen gevoelens van onmacht. Er heerst het idee dat zij weinig mandaat hebben in de veranderingen en besluitvorming. Ondanks dat de organisatie actief samenwerking zoekt met zorgverleners, onder andere door zich te construeren als lerende organisatie, lijken zorgverleners een gebrek aan invloed te ervaren. En dit heeft merkbaar effect op het welbevinden in hun rol van zorgverlener. Regelmatig verneem ik signalen van een ondergewaardeerd gevoel, ontevredenheid en weerstand. In mijn werk als verpleegkundige staan deze zorgverleners dicht bij mij. Een onderzoek naar hun geleefde ervaringen is interessant, omdat het kans biedt die ervaringen te vangen en te begrijpen binnen deze context.

De master Zorgethiek en Beleid heeft mij doen inzien dat zorg altijd relationeel is. Dit betekent dat ook aandacht en zorg nodig is voor zorgverleners. Het was voor mij aanleiding om in dit onderzoek aanvullend de vraag te stellen: wat kunnen zorgethische inzichten bijdragen aan goede zorg voor zorgverleners in een lerende verpleeghuisorganisatie.

### **2.2 Maatschappelijk probleem**

Verscheidene fracties in de Tweede Kamer zagen de negatieve uitkomsten uit het inspectierapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2014) als het startsein voor een grote opknappbeurt van de verpleeghuiszorg in Nederland. De kwaliteit van zorg schiet te kort, en de overheid voert in rap tempo maatregelen door om dit te verbeteren. Begin dit jaar berichtte de Rijksoverheid dat het kabinet 100 miljoen euro investeert in de kwaliteit van verpleegzorg voor ouderen (Rijksoverheid, 2017). Met dat geld kunnen extra zorgverleners worden aangenomen. De NOS maakte echter kenbaar dat voor 10.000 vacatures in verpleeghuizen geen personeel te vinden is (NOS, 2017). Volgens ActiZ komt dit omdat er niet genoeg mensen zijn die in een verpleeghuis willen werken. Zij concludeerde dat er in de hele discussie over de kwaliteit in verpleeghuizen te weinig recht wordt gedaan aan de zorgverleners (ActiZ, 2016). Uit een onderzoek van Nivel blijkt dat iets meer dan de helft van de zorgverleners weinig tot geen waardering ervaart (Nivel, 2016).

Zijn we met onze focus op het snel verbeteren van de zorg aan verpleeghuisbewoners, onze zorgverleners uit het oog verloren? Binnen lerende verpleeghuisorganisaties wordt een groot beroep gedaan op initiatieven van zorgverleners tot verbetering van zorg. De vraag is in hoeverre we de zorgverleners werkelijk zien staan, en zij de erkenning en waardering krijgen die zij verdienen (Heijst, 2008a).

### 2.3 Wetenschappelijk probleem

In relatie tot verpleeghuizen, ervaringen en goede zorg is vooral onderzoek gedaan onder bewoners en familie. Hierbij is overigens wel aandacht voor de sociale interactie tussen bewoners en zorgverleners (Haugan, 2013;Haugan, Moksnes & Espnes,2013;Nakrem,Vinsnes & Seim, 2011;Zadelhoff, Abma, Verbeek & Widdershoven, 2010). Met betrekking tot zorgverleners is voldoende onderzoek beschikbaar over educatie, reflectie, training, en werken in een leeromgeving ter bevordering van de kwaliteit van zorg aan bewoners (Chen & Hsu, 2015;Saarikoski & Kilpi, 2002;Smythe, Jenkins, Miecznikowska, Bentham & Oyeboode, 2017). Onderzoek naar ervaringen van zorgverleners, waaronder hermeneutisch fenomenologisch onderzoek, is voorhanden aangaande het ervaren van ongerief en tegenzin in verhouding tot werken in een verpleeghuis (Devik, Enmarker & Helzen, 2013;Donoso, Demerouti, Hernandez, Moreno-Jimenex & Cobo, 2015;Smidt, Dichter, Palm & Hasselhorn, 2012;Thompson, Cook & Duschinsky, 2015). Binnen het zorgethische onderzoeksgebied is belangstelling voor ervaringen en betekenissen van zorgverleners in verpleeghuizen (Van Nistelrooij, 2015; Van Leer, n.d.). Een fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaring van het fenomeen onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie, in samenhang met goede zorg voor zorgverleners, is nog niet eerder tot stand gebracht.

### 2.4 Vraagstelling

*Wat is de geleefde ervaring van zorgverleners binnen de Riethorst Stroomland locatie Kloosterhoeve/Dotter wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie, en wat kunnen zorgethische inzichten bijdragen aan goede zorg voor deze zorgverleners?*

- Wat is de geleefde ervaring van zorgverleners wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie?
- Welke inzichten levert een zorgethische reflectie op de geleefde ervaringen van zorgverleners op?
- Wat kunnen de opgedane inzichten bijdragen aan goede zorg voor zorgverleners?



## 2.5 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is meerledig. Het directe doel is om de geleefde ervaring van de zorgverleners wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie inzichtelijk te maken. Om vervolgens met een zorgethische reflectie daarop inzicht te krijgen in wat zorgethiek kan bijdragen aan goede zorg voor deze zorgverleners. Indirect beoogt dit onderzoek dan ook bij te dragen aan het zorgethisch kennis- en onderzoeksgebied.

### 3. THEORETISCH KADER

#### 3.1 Definitie van begrippen

##### *Geleefde ervaring*

De term geleefde ervaring is een van de basisbegrippen uit de fenomenologie. Geleefde ervaringen hebben een unieke eigenschap: we ervaren ze. We kunnen dingen in de wereld waarnemen en er mee bezig zijn, maar dit betekent nog niet dat we ze ervaren in de zin van ze doorleven en uitvoeren. Dat betekent dat geleefde ervaringen altijd uitgaan van het eerste persoonsperspectief; degene die het ondergaat en beleeft. Het is dat geleefde karakter van ervaringen dat een eerste persoonsperspectief tot het object van onderzoek maakt (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2016). Een onderzoek naar de geleefde ervaringen van zorgverleners is daarom in zekere zin dubbelzinnig: de geleefde ervaring is altijd al voorbij. De beschrijving gebeurt namelijk achteraf, en in het noemen van de ervaring reflecteren we erop. Vanuit zorgethisch perspectief is een dergelijk onderzoek zinvol, want het gaat hier om het begrijpen van, en betekenis geven aan een situatie zoals geleefd door mensen in hun eigen context. Dit kan helpen om te achterhalen wat goede zorg is in specifieke situaties.

##### *Lerende organisatie*

Binnen een lerende organisatie gaat het om de continue ontwikkeling van de expertise van medewerkers. Het is dus niet zo dat de organisatie leert, wel de medewerkers in de organisatie. Het idee daarachter is dat wanneer medewerkers leren, er werkelijk verandering ontstaat. De persoonlijke groei van medewerkers zorgt ervoor dat ambities van de organisatie kunnen worden verwezenlijkt. Het leren van de medewerkers heeft dus een positief effect op de prestaties van de organisatie. Medewerkers zijn derhalve de drijvende kracht, en zij moeten gedreven worden door intrinsieke motivatie (Senge, 2010). Kenmerkend is ook een horizontale informatieverbreiding en het creëren van een vertrouwenscultuur (Movum, 2017).

De Riethorst Stromenland modelleert zich als lerende organisatie (De Riethorst Stromenland, 2016a, 2016b, 2016c). In de totstandkoming en uitvoering van het strategisch plan vaart de organisatie een koers waarin samenspel een van de kernwaarden is. De visieontwikkeling en het strategisch plan is dan ook tot stand gebracht met de input van medewerkers (De Riethorst Stromenland, 2017). Een van de doelen die zij willen bereiken in de organisatieontwikkeling is 'iedere dag leren' van medewerkers. Dit doen medewerkers door kritisch te zijn, en initiatieven te nemen tot vernieuwing.

## *Zorgethiek*

Het beginsel van zorgethiek ligt binnen de filosofie van een aantal feministische denkers uit de Verenigde Staten en Engeland. In de jaren negentig gaf Joan Tronto zorgethiek een politiek ethisch profiel. Dit was een omslagpunt voor de zorgethiek in Nederland, en wordt daarom vaak als de oorsprong gezien (Van Heijst, 2008b).

Zorgethiek is onderdeel van de geesteswetenschappen en betreft een probleemgestuurde ethiek. Zij zoekt niet naar bewijzen temeer naar betekenis, zin en belevenis. ‘De’ zorgethiek bestaat overigens niet, het onderzoeksveld betreft een waaier aan denkers.

De Utrechtse zorgethiek kenmerkt zich door het tot stand brengen van een wisselwerking tussen conceptueel theoretisch onderzoek, en empirisch onderzoek. Hierbij is doorgaans oog voor een aantal zorgethische concepten (*critical insights*). Die concepten zijn onderdeel van een theoretisch kader, wat zich vormt tot een multifocale interpretatieve lens. Hiermee worden inzichten opgedaan van het moreel goede wat in praktijken verschijnt. De kerngedachte is dat kennis altijd bepaald wordt door de context en deze altijd wordt opgedaan in praktijken (Notitie over de Utrechtse zorgethiek, 2015).

### 3.2 Conceptuele verkenning

Vanuit bovenstaande probleemstelling komen een tweetal concepten sterk naar voren; macht en waardering. Deze vormen een leidraad in het onderzoek, waaronder de zorgethische reflectie.

## *Macht*

Joan Tronto ziet zorg als een politiek ethische praktijk. Daarmee heeft zij oog voor relationele netwerken in zorg waarin macht en posities een rol spelen. Onder andere in haar boek *Moral Boundaries* (1993) toont zij bezorgdheid over zorg als marginaal onderdeel van het leven. Zij erkent het risico dat hoge machtsposities activiteiten van zorg negeren, en streeft naar *empowerment* van zorgverleners. Tronto zoekt naar een fundament voor goede zorg in institutionele contexten. Waarin dus aandacht is voor machtsverhoudingen en zorg wordt gezien als relationele praktijk (Tronto, 2010). Dit maakt dat de visie op zorg van Tronto waardevol is voor dit onderzoek, betreffende ervaringen en betekenissen voor goede zorg voor zorgverleners in een lerende verpleeghuisorganisatie.

### *Waardering*

Zorgethicus Annelies van Heijst merkt in haar boek *Menslievende zorg* (2005) op dat er met betrekking tot zorg te veel aandacht is voor kwaliteitsmetingen, marktwerking, correctheid en deskundigheid. Zij meent dat menselijkheid hierin een meer prominente plaats verdient.

Daartoe streeft zij naar het toekennen van een ethische betekenis aan professionaliteit, waarvan menslievendheid het kader is. Daarnaast moet zorg volgens Van Heijst gericht zijn op behouden van waardigheid: het dient te bevorderen dat mensen beseffen en voelen dat ze er toe doen. In *Professional Loving Care* (2011) schrijft zij dat de manieren van denken over zorg, zorgverleners tot een groep mensen maakt die bepaalde functies vervullen, waarmee hun kwetsbaarheid en waarde irrelevant worden gemaakt. En probeert zij vervolgens inzicht te krijgen in wat zorgverleners zouden moeten zijn. Deze inzichten uit het gedachtegoed van Van Heijst zijn daarom nuttig voor dit onderzoek naar goede zorg voor zorgverleners.

### 3.3 Sensitizing concepts

Vanuit bovenstaand theoretisch kader zijn een aantal *sensitizing concepts* geformuleerd. Deze hebben in dit onderzoek gefungeerd als richtinggevende concepten, die steun hebben gegeven bij de manier waarop naar de data kon worden gekeken. Daarnaast gaven zij woorden aan ideeën en associaties die dienden als vertrekpunt voor het onderzoek. Tot slot was het een helpend middel om naar de bevindingen te kijken (Boeije, 2005).

Macht en positie	Leren
Kwetsbaarheid	Samenwerking
Waardering	Erkenning
Onmacht	Relationaliteit

## 4. METHODE

### 4.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek hanteert een fenomenologische onderzoeksbenadering. Letterlijk betekent fenomenologie de studie van fenomenen: de manier waarop we dingen ervaren; dus de betekenissen die zij hebben in onze ervaring. In fenomenologisch onderzoek beschrijven, interpreteren en analyseren we structuren van bewuste ervaringen op een manier die past binnen onze eigen ervaringen. Kenmerkend voor fenomenologie is dat deze ambiguïteit en ambivalentie belicht. Het gaat dan ook niet om het vangen van emoties, relateren, uitleggen of verklaren. Binnen de fenomenologie zijn verschillende stromingen te onderscheiden, waaronder de hermeneutische benadering van Heidegger en zijn volgelingen. Een hermeneutische benadering is passend binnen zorgethisch onderzoek, omdat deze ervaringen interpreteert door ze in verband te brengen met context (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2016). Zij staat open voor complexiteit, en biedt kans ervaringen als geheel en in de rijke context waarin ze zich voordoen te interpreteren. Om die reden is voor het onderzoek naar de geleefde ervaringen van de zorgverleners, gekozen voor een hermeneutische, fenomenologische onderzoeksbenadering.

### 4.2 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is getracht de geleefde ervaring van de zorgverleners wat betreft het fenomeen onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie, te beschrijven en te interpreteren. Dit is gebeurd door een interpretatief onderzoek via de IPA-methode.

*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) is gericht op de ervaringen van mensen. Het gaat binnen deze kwalitatieve methode om het onderzoeken, hoe iemand een bepaald fenomeen binnen een context ervaart. Daarnaast gaat het om het begrijpen en interpreteren van die ervaring. Het proces van interpreteren leidt tot het ontdekken van de essentie van een ervaring. Hierdoor wordt het mogelijk betekenis te geven aan het fenomeen (Smith & Osborn, 2007). De manier waarop binnen de IPA-methode gewerkt wordt, levert een gedegen bijdrage aan de doelstelling van dit onderzoek. Het ging er immers om, inzicht te krijgen in wat goede zorg is voor zorgverleners binnen de beschreven context. En daardoor was het begrijpen van diens ervaringen met betrekking tot het fenomeen onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie nodig.

Zoals passend binnen deze methode, heeft de onderzoeker een insiders perspectief aangenomen, om zo dicht mogelijk bij de ervaringen van de respondenten in hun specifieke context te komen. De onderzoeker neemt echter altijd zijn eigen ervaringen mee. In dit onderzoek is *bridling* toegepast om veronderstellingen te beteugelen (Finlay, 2008). Daartoe is de onderzoeker constant alert geweest op het zien van een onderscheid tussen haar ervaringen en die van de respondenten. Daarvoor heeft reflectie plaatsgevonden in dialoog tussen de onderzoeker en twee medestudenten, en een onafhankelijk familielid van de onderzoeker. Dit met de bedoeling te voorkomen dat de onderzoeker een eigen betekenis zou opleggen aan de data (Van der Meide, 2014). Tevens heeft de onderzoeker getracht een open houding aan te nemen ten aanzien van het fenomeen. Dit betekent dat de onderzoeker bereid was om daadwerkelijk te zien, luisteren en te begrijpen (Dahlberg, 2012).

#### 4.3 Casusdefinitie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen De Riethorst Stromenland locatie Kloosterhoeve/Dotter, een zorgcentrum voor Huntington. Hier wordt gespecialiseerde zorg en verpleging geboden aan mensen met de ziekte van Huntington. Dit betreft een bijzondere doelgroep, daar de prevalentie van de ziekte relatief klein is, zo'n 1.700 mensen in Nederland. En genezing of zelfs afremming van het ziekteproces nog niet mogelijk is. Om die reden vindt op dit moment veel onderzoek plaats naar de ziekte van Huntington.

Binnen de locatie zijn er 51 langverblijf appartementen, twee appartementen speciaal voor tijdelijk verblijf, en ter overbrugging is er een dagbehandeling. De Kloosterhoeve/Dotter werkt intensief samen met verenigingen, universiteiten en andere zorginstellingen binnen Nederland en België. Dit met als doel de meest adequate zorg te kunnen leveren aan mensen met de ziekte van Huntington, en om zodoende de kwaliteit van leven van die cliënten steeds te verbeteren.

Op het moment van onderzoek (april 2017) waren de zorgverleners, waaronder de respondenten, zojuist op de hoogte gesteld van een aantal grote veranderingen binnen de organisatie. Zij hadden bijvoorbeeld net kennisgenomen van een aantal verdwijnfuncties onder zorgverleners, ook ten aanzien van de locatie. Tegelijkertijd was dit het moment van afscheid van de teamcoach. Tevens werd het strategisch plan van de organisatie geïntroduceerd, met gebruik van verbeterborden.

#### 4.4 Onderzoekseenheid en dataverzameling

De dataverzameling is gedaan door middel van interviews. Het verzamelen van gegevens uit interviews is de gebruikelijke manier van dataverzameling voor onderzoek via de IPA methode (Biggerstaf & Thompson, 2008). Het betrof semigestructureerde interviews, waarin gevraagd werd naar de ervaringen wat betreft het fenomeen en de invloed van context (Bijlage 1). Een dergelijke constructie van interviews is passend binnen fenomenologie (Johnson & Perry, 2015).

De werving van respondenten heeft plaatsgevonden door de onderzoeker. Dit door een uitnodiging per mail te versturen naar alle afdelingen binnen de betreffende locatie. Ook is een printversie van de uitnodiging opgehangen op elke werkplek/zusterpost van een afdeling. De aanmelding verliep via email. Er was reeds enige motivatie bij zorgverleners ontstaan ten aanzien van deelname aan het onderzoek, daar de onderzoeker de zorgverleners in het beginstadium betrokken heeft bij de keuze voor het onderwerp van het onderzoek.

Er is één proefinterview gehouden, welke is voorzien van feedback door zowel de respondent als de begeleidend docent. Vervolgens zijn acht semigestructureerde interviews afgenomen onder zorgverleners die directe zorg verlenen aan cliënten. De duur van de interviews liep uiteen van een half uur tot een uur. Het betrof een homogene onderzoeksgroep, zodat het fenomeen vanuit verschillende invalshoeken kon worden onderzocht. Daarvoor vond selectie plaats op functie, en bijbehorend niveau. Om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen, was het de bedoeling om ook selectie plaats te laten vinden op basis van motivatie. Een motivatie werd gevraagd om alvast een indruk te krijgen van de heersende opinie (positief, negatief gekleurd), om vervolgens zoveel mogelijk verschillende opinies te betrekken in het onderzoek. Hiervoor was het aantal aanmelding achteraf gezien te beperkt. Uiteindelijk bleek de onderzoeksgroep uit zichzelf te bestaan uit verschillende opinies. En zijn respondenten betrokken met een variatie in arbeidsduur. Een weergave van de onderzoekseenheid bevindt zich in bijlage 2.

#### 4.5 Data-analyse

Als eerste stap van de data-analyse zijn de interviews volledig getranscribeerd (Bijlage 8). Passend bij de IPA-methode, zijn als volgende stap de transcripten nauw gelezen en herlezen door de onderzoeker (Biggerstaff & Thompson, 2008). Vervolgens is langzaam toegewerkt naar clusters van open codes, subthema's, hoofdthema's en superthema's. Dit had een

systematische opbouw waarin voortdurend verbindingen zijn gelegd. Dit was geen strikt te volgen stappenplan, maar had een kronkelig verloop. Er zijn op en neer gaande bewegingen gemaakt van de ruwe data, naar de codes en thema's en terug. Het proces van de data-analyse is inzichtelijk gemaakt in onderstaand figuur.

Stap 1: bekend raken	Lezen en herlezen.
Stap 2: open codes	Beschrijvend. Open codes toegekend.  * Open codes waar twijfel over bestond, besproken met medestudent. Alsook een deel van de open codes, onwillekeurig.
Stap 3: subthema's	Open codes die in relatie tot elkaar stonden zijn samengebracht. Geclusterd en daaraan zijn subthema's verbonden.  * Overkoepelend gekeken naar de verbindingen die waren gemaakt. Besproken met onafhankelijk persoon.
Stap 5: hoofdthema's	Subthema's die in relaties tot elkaar stonden zijn samengevoegd.  * Overkoepelend gekeken naar de verbindingen die waren gemaakt. Ook terug naar open codes.
Stap 6: superthema's	Hoofdthema's samengebracht tot superthema's  * Gedetailleerd gekeken naar de gemaakte verbindingen.

Figuur 1: Proces van data-analyse

#### 4.6 Fasering

De fasering van het onderzoek was gebaseerd op de vier fasen waarin doorgaans een onderzoek wordt doorlopen; voorbereiding, materiaalverzameling, materiaalanalyse en rapportage (Oost & Markenhof, 2014). De weergave van de uiteindelijk gevolgde fasering en tijdsindeling, bevindt zich eveneens in de bijlagen (Bijlage 3).

#### 4.7 Ethische overwegingen

De transcripten van interviews zijn volledig geanonimiseerd, wat betekent dat namen en ook opleidingsniveau anoniem blijven. Voor een adequate informatieverstrekking en vraag om toestemming is gebruik gemaakt van *informed consent* (Centrum voor ethiek en gezondheid, 2017). Dit door middel van een informatiebrief en toestemmingsformulier (Bijlage 4). Deze brief is door alle respondenten gelezen, en zij hebben vooraf aan het interview allen het toestemmingsformulier ondertekent. Geen van de respondenten heeft deelname aan het onderzoek beëindigt. De verkregen data is, en wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt.



## 5. BEVINDINGEN

Dit hoofdstuk betreft een weergave van de bevindingen uit de interviews met zorgverleners binnen de Riethorst Stromenland, locatie Kloosterhoeve/Dotter. In deze interviews stonden de geleefde ervaringen rondom het fenomeen onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie centraal. Vanuit een grondige data-analyse zijn subthema's verenigd tot tien hoofdthema's (Bijlage 5). De bevindingen zullen worden beschreven aan de hand van deze hoofdthema's, die weer zijn samengebracht tot drie superthema's, namelijk: relationaliteit (5.1.), verwachtingen (5.2.) en behoefte hebben (5.3.). Bij citaten wordt middels R1 t/m R8 verwezen naar de respondenten. Dit hoofdstuk eindigt met een conclusie, waarmee de eerste deelvraag wordt beantwoord en bediscussieerd: Wat is de geleefde ervaring van zorgverleners wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie?

### 5.1 Relationaliteit

In dit geval wordt het begrip relationaliteit breed opgevat en geeft het de verbondenheid met de organisatie weer, alsook andere relationele ervaringen zoals onderlinge relaties, en ervaringen die betrekking hebben op posities, macht en onmacht. Zij omvat daarmee als superthema de volgende hoofdthema's: beleven van organisatie, beleven van relaties, ervaren macht/onmacht.

#### *5.1.1 Beleven van organisatie*

Het werken binnen de organisatie bevalt de respondenten over het algemeen 'gewoon goed'. Een van hen gaf aan niet te denken dat het gras aan de overkant groener zal zijn, terwijl een ander dit als een feit ziet. De rol van de organisatie ervaren zij vrijwel allen als die van een facilitator, de organisatie schept randvoorwaarden. Het contact wordt verder niet bewust beleefd, vijf van de respondenten gaven aan gevoelsmatig geen band te hebben met de organisatie. Zij zeggen vooral bezig te zijn met hun eigen verantwoordelijkheden op locatie, en daardoor geen breder beeld te hebben. Twee van hen gaven expliciet aan de organisatie als te massaal te ervaren. Desondanks benoemen zeven respondenten 'altijd te zijn blijven hangen'. Voor een groot deel van hen komt dit omdat zij zich hier vertrouwd, en soms zelfs thuis voelen. Elkaar kennen en de weg kennen wordt als prettig ervaren. Voor zes van de respondenten geldt dat uitsluitend de doelgroep hen bindt aan de organisatie.

### *5.1.2 Beleven van relaties*

De onderlinge samenwerking tussen zorgverleners wordt er door de respondenten uitgelicht. De helft van hen geeft nadrukkelijk aan hierbij iedereen belangrijk te vinden. Eén van hen ziet deze samenwerking als een drive, een ander meent dat een team elkaar nodig heeft en afhankelijk is van elkaar. Eén respondent benoemt de zorg te ervaren als ‘één team één taak’. Twee van de respondenten hebben wat betreft samenwerken een focus op gelijkheid. Zij vinden het uitdragen van, en vooral het sturen op gelijkheid belangrijk. In welke mate zij het gevoel hebben dat door een ander gelijkheid wordt uitgedragen, is voor hen persoonsafhankelijk. Zij benoemen het als prettig en veilig te ervaren wanneer met name hogere niveaus gelijkheid uitstralen. Eén van de respondenten vertelt het volgende:

“En hoe komt het, ja. Ik kwam niet op gang. Er was ook geen gelijkheid, gevoel van gelijkheid. Dat is natuurlijk ook wel een ding. En nou dat ik op deze unit ben had ik vanaf moment 1 het gevoel van gelijkheid en dan ga ik me gelijk veilig voelen en dan is dat voor mij de bodem om verder te gaan. Tenminste zo is het gegaan. En dat voelt goed.” R2

Een ander vindt het voornamelijk van belang dat ook minder mondige collega's ruimte krijgen. En zegt daarover:

“...dat zijn dan meer dan de onzekere medewerkers zeg maar. Die ook niet echt op de voorgrond treden, en vaak maar doen waar dat een heel team voor kiest. Of waar dat de mensen met een grotere mond voor kiezen. Dat is ook wel lastig. Dat je op sommige plekken heel veel hiërarchie heerst in teams. R3

“Hoe ik dat vind? Dat vind ik uh, aan de ene kant een hele kwalijke zaak, in de zin dat zijn wel minder mondige collega's bij wijze van, maar die wel hele goeie ideeën hebben. Maar als die nooit aan bod komen of als ze al aan bod komen, die worden gelijk afgeschoten. Ja, dan komen hun ideeën nooit aan, op tafel zeg maar.” R3

### *5.1.3 Ervaren macht/onmacht*

Ruim de helft van de respondenten ervaart geen invloed te hebben op grote beslissingen, zoals de koers die de organisatie vaart. Zij ondervinden dat veranderingen en regels door de organisatie aan hen wordt opgelegd. Eén van de respondenten omschreef dit neutraal:

“Ja ze leggen je gewoon iets nieuws op eigenlijk he. Dus ja, een beetje vernieuwend.

Hoe moet je dat zeggen. .... Hmmm. Ja dat ze een beetje regels op stellen denk ik

ofzo. Dus dan eigenlijk nieuwe regels, en daar moeten we ons dan aan gaan houden.”

R7

Daarnaast worden door een aantal respondenten verschillen ervaren wat betreft mate van invloed in relatie tot posities. Zo geeft een van hen aan het idee te hebben dat naar hogere functies meer geluisterd wordt, en te bemerken dat zij meer invloed hebben. Een ander vertelt in de hiërarchie van functies machtspeletjes te hebben ervaren. Drie respondenten spreken duidelijk uit meer inbreng te willen hebben. Zij voelen zich te weinig betrokken en zouden graag minder afstand zien tussen hogerhand en de werkvloer.

Bij vier respondenten spreekt meerdere keren machteloosheid door in hun ervaringen.

Bijvoorbeeld in dit citaat:

“Zolang als dat ik hier werk merk je dat al, dus op een gegeven moment denk je, oké ik kan hier nu wel heel erg lang over gaan zitten zeiken, maar dat kost me alleen maar weer tijd. Dus we gaan maar weer door. Want je komt het, gevoelsmatig kom je er toch niet tegen in, want als hun zeggen zo moet het, dan moet het zo. Dus dan doe je het weer.” R5

Zij uiten onmacht tegenover veranderingen, voelen zich onderworpen, denken er niets tegenin te kunnen brengen; ervaren geen keuze te hebben. Eén van hen ervaart machteloosheid in relatie tot het voldoen aan verwachtingen.

“Soms heb je geen keus vind ik nee. Soms wordt er echt van je verwacht je hebt het maar te doen. En zo niet, ja dan moet je misschien iets anders gaan zoeken. Dan moet je misschien ander werk gaan doen. Dat vind ik wel eens heel jammer. He want dr zijn mensen die met heel d'r hart er werken..” R8

Tot slot komt bij een groot deel van de respondenten moedeloosheid tot uitdrukking. Zij uiten zich gelaten, bijvoorbeeld vanuit het gevoel toch door te moeten, mee te moeten.

Eén van de respondenten beschrijft:

“Eigenlijk laat ik dat maar... Erg he. Maar dat laat ik eigenlijk maar.. (...). Maar ik kan er zo weinig mee. Want alleen heb je daar niet zoveel, ja ik kan zeggen van nou, ik vind het allemaal wat. Maar uiteindelijk moet je toch door, en moet je toch mee. En ze zullen wel een bepaalde visie erbij hebben denk ik dan.” R1

## 5.2 Verwachtingen

Het betreft hier verwachtingen die in verband staan met het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie. Dit superthema omvat dan ook de volgende hoofdthema's: beleven van leren, beleven van verandering/ontwikkeling, ondervinden van verwachtingen en beleven van verantwoordelijkheid.

### *5.2.1 Beleven van leren*

Leren is een prominent onderdeel van een lerende verpleeghuisorganisatie. De respondenten belichten in de interviews hun ervaringen met dit aspect dan ook vanuit verschillende invalshoeken. 'Van elkaar leren' komt veelvuldig ter sprake, en deze ervaringen zijn louter positief. Zo wordt er voldoening gehaald uit leren in de praktijk, daarnaast benoemen vrijwel alle respondenten het meest van collega's onder elkaar te leren. Een ervaring die door de meeste respondenten gedeeld wordt, is dat van elkaar leren belangrijk is ongeacht functie of werkervaring.

“ (...) dat kan op alle vlakken zijn, dat kan iedereen zijn. En daarom is het, denk ik, op zich die adviesraad wel goed, dat er van elke unit gewoon iemand in zit. En ook hopelijk verschillende niveaus in zitten en dat we gewoon met elkaar kunnen kijken van, gôh waar lopen jullie tegenaan, hoe kunnen we het aanpakken en wat kunnen we anders doen.” R5

Eén van hen geeft aan diepgang te vinden door de inzichten en kennis van collega's, in het bijzonder die met een hoger niveau. Deze zoekt haar eigen diepgang in de professionaliteit van een ander.

“Kijk ook heel veel naar, uhh, andere collega's die, uhm, die een breder beeld hebben. En dan, discussiëren ze met elkaar, en dan, kijk ik daar naar, en dan denk ik van, oh die bekijken het veel breder. Of van hé dat had ik zo niet bedacht, of van hé, d'r zit een veel groter systeem om als wat ik tot nu toe had gezien. Dat vind ik dan heel, dat ik vind ik heel voedend, dat vind ik heel interessant. En dat is, dat is de, dat is mijn diepgang.” R2

Wat betreft het aanbod van cursussen en scholingen zijn de ervaringen uiteenlopend. De een merkt er werkelijk de vruchten van te plukken, terwijl een ander cursussen als zonde van de tijd ervaart. Vijf respondenten merken op dat er veel scholingen zijn, het merendeel ervaart dit

als positief en vindt het belangrijk. Eén van de respondenten neemt daarbij notie van het belang voor de cliënt.

“Ik vind het heel belangrijk, kwaliteit van leven voor de cliënten en ja dan moet er toch iemand aan het bed staan die toch wel verstand heeft van bepaalde dingen. Ik weet ook niet alles, maar ik probeer het wel allemaal bij te houden. Ik schrijf me eigen regelmatig in. Ik vind het wel fijn hè.” R6

Een drietal andere respondenten ervaart eveneens deze motivatie om te leren. Zij voelen zich gedreven voor de zorg. Eén van hen is hierin uitgesproken en meent dat het altijd gaat om het goed zijn voor de cliënt, en acht cliënt tevredenheid als het belangrijkste.

“Alleen ik vind wel, we moeten niet te ver afwijken van het leren, blijf het wel direct betrekking houden op die cliënt. (...) Dat vind ik belangrijk dat we daar in blijven leren, ja.” R8

De manier waarop respondenten de verwachting ‘iedere dag leren’ ervaren is verschillend. Daarnaast tonen zich binnen die verschillen tegenstrijdigheden. De meerderheid vindt iedere dag leren heel normaal, tegelijkertijd menen sommigen van hen dat het niet mogelijk is. Een ander vindt het idealistisch en ziet dwingen om te leren als een onprettige ervaring. Opvallend is dat nagenoeg alle respondenten iedere dag leren van belang vinden, en met die uitgesproken verwachting geen issue hebben. Diezelfde groep voorziet echter wel negatieve ervaringen of problemen voor collega's. Zoals onderstaande citaten illustreren:

“Ik weet dat ik perfectionistisch ben, en dat ik het allemaal wil. Maar de andere, ja je hebt de hypotheekzusters, en mensen die werken met het hart, wat (naam) altijd zo mooi zegt. Ja en die vinden het misschien wel best, ik ga naar mn werk en ik doe niet meer dan mijn werk en *that's it*.” R6

“En dan moeten er ook de omstandigheden naar zijn dat iedereen dat kan. En ik denk dat ze daar zichzelf heel erg in vergissen. Wat ik daarstraks ook al aangaf, je hebt mondige en minder mondige. Als je als collega in de verdrukking raakt. Nou spreekt ik niet namens mezelf, wat ik nou doe is andere mensen, die ik daar wel eens over gehoord heb, uit lichten zeg maar.” R3

Over het algemeen ondervinden respondenten echter wel mogelijkheden om zich te ontwikkelen en te kunnen leren binnen de organisatie, en ervaren zij dit als positief.

### *5.2.2 Beleven van verandering/ontwikkeling*

Daarentegen zijn de ervaringen van de respondenten wat betreft de inhoud van veranderingen en ontwikkelingen binnen de organisatie weinig ambivalent. Al zijn er ook hier duidelijk onderlinge verschillen te bemerken. Zo spreekt een deel van de respondenten zich er uitsluitend positief over uit. Zij vinden innoveren, nieuwe dingen toepassen en zich aanpassen aan veranderingen dan ook leuk en nuttig. Eén van hen ervaart de zorg zelfs, in vergelijking met vroeger, als meer werkbaar. Ook de anderen geven aan niet meer terug te willen naar vroeger.

“Al zijn dingen wel zakelijker geworden hoor. Het is niet meer als toen. Ik vind het beter.” R1

Daartegenover spreekt een deel van de respondenten zich overwegend negatief uit over het gevolg van doorgemaakte veranderingen en ontwikkelingen. Zo wordt door hen meer zakelijkheid als negatief ervaren. De negatieve ervaringen vormen zich echter vooral doordat men meent dat er vroeger meer tijd, aandacht en oog was voor de cliënt. Zij ervaren dat de zorg meer naar de achtergrond verdwijnt, terwijl zij de pure zorg van vroeger als fijn ervoeren. De eenvoud van vroeger, minder taken en het niet perse moeten wordt door hen gemist. Een enkeling benoemt dat in die zin de cliënten de dupe zijn van verandering.

Temeer hebben negatieve ervaringen te maken met het proces van veranderingen en ontwikkelingen. Door vrijwel alle respondenten wordt het tempo van veranderingen als hoog en minder fijn ervaren.

“Dan heb ik dat dus ergens weer gemist, want er komen zoveel dingen binnen die je dan weer moet onthouden dat het veranderd is. Voel ik me alweer heel knullig, dan denk ik o jee heb ik het gemist. Dat. D'r komt zoveel, wordt er op je afgevuurd. Waarbij ik soms echt denk.. ik kan het niet bijhouden.” R5

Twee respondenten benoemen meerdere malen de organisatie te ervaren als ‘eerst doen en dan pas denken’. De meesten vertellen vaak te ondervinden dat veranderingen niet worden doorgezet. Dit wordt als lastig, vermoeiend, frustrerend (zonde van de tijd) en jammer ervaren. Zij vertellen dat ontwikkelingen niet worden afgerond, en veranderingen stelselmatig worden teruggedraaid. Veranderingen worden bijgesteld of er wordt volledig op teruggekomen.

“Nou ja ik heb af en toe het idee, ze vallen heel vaak terug, naar hetgeen hoe het was. Bedoel dat heb je nou ook weer. D'r zijn een paar evv-ers, dalijk moet iedereen contactverzorgende worden, ik, ik denk dat, geef het drie jaar. Dan denk dat er weer een paar evv-ers op een.. dat is iedere keer, ze gaan iedere keer weer terug naar hoe het was. Alleen krijg het dan wel een andere naam.” R4

Wat opvalt is dat alle respondenten vertellen over negatieve gevoelens die zij hebben ervaren bij veranderingen/ontwikkelingen. Zoals een gevoel van radeloosheid, onzekerheid, balen, onbegrip, weerstand, paniek, een negatieve sfeer, ontevredenheid, onrust en het gevoel in het diepe te worden gegooid. Ook in dit geval spreekt men doorgaans over gevoelens die zij gezien of ervaren hebben bij anderen, en geven dan aan zichzelf daar niet direct in te herkennen.

“Nee, nee zo voelt dat voor mij niet. Omdat ik ja, misschien van mezelf heel flexibel ben en heel makkelijk mee beweeg. Maar ik kan me voorstellen hè, want kom maar met een verandering in de organisatie en iedereen staat op z'n achterpoten. En uhh, he of heel veel mensen en die gaan steigeren en ooe en nou en wat moeten ze nou weer en bla een hoop onrust overal. Ja daar heb ik nooit zo'n last van.” R8

### *5.2.3 Ondervinden van verwachtingen*

Ongeveer de helft van de respondenten ervaart redelijkheid tegenover bepaalde verwachtingen. Zij menen bijvoorbeeld dat men op bepaalde gebieden open moet staan voor ontwikkelingen. Over het algemeen worden de verwachtingen die de organisatie aan zorgverleners stelt echter door alle respondenten als (te) hoog ervaren. Zij ondervinden dat de lat hoog ligt, en er wordt getwijfeld of iedereen aan die verwachtingen kan voldoen. Er wordt een hoge druk ervaren vanuit de organisatie om vooraan te lopen, om ‘het beste kindje van de klas te zijn’. Naast dat dit soms als moeilijk en vermoeiend beleeft wordt, ligt er de vraag of die verwachtingen realistisch zijn. Men zou het prettig vinden als het wat dat betreft wat minder wordt, en het zou goed zijn als hierin een balans gevonden wordt.

“En wat ik wel, dat heb ik wel, (naam) is wel erg gedreven, wil vooraan lopen. En soms is dat prettig, omdat ik die gedrevenheid wel ken, maar ik heb ook wel een keer gedacht van uh, dan had de druk niet zo hoog geweest. Als zij dat wat minder, uh, als ik dat wat minder had ervaren.” R2

Nagenoeg alle respondenten zijn van mening dat verwachtingen per functie/niveau moeten verschillen. Het streven naar het voldoen aan alle verwachtingen, geeft voor de helft van de respondenten met momenten een ontevreden gevoel of ongenoegen. Met name omdat zij menen daardoor meer met randvoorwaarden bezig te zijn, dan met de cliënt zelf. En omdat om die reden de kleine dingen tegenwoordig vaak vergeten worden.

“Nou, hele simpele dingen. En uh bijvoorbeeld het zoompje van de laken, van een laken, als je dat omvouwt moet het zoompje goed liggen. (...)

Nee, dat zijn dingen, die je nee, de kleine dingetjes worden heel vaak vergeten.

Daar wordt eigenlijk helemaal niet meer zo op gelet” R4

#### *5.2.4 Beleven van verantwoordelijkheid*

Praktisch alle respondenten geven aan dat zij zelf verantwoordelijkheid nemen als een vereiste zien. Zij voelen zich allen verantwoordelijk. Het merendeel ervaart het krijgen van meer verantwoordelijkheden als leuk en een uitdaging, zij beschrijven daartoe positieve ervaringen. Zoals een van de respondenten illustreert nadat het team werd gestuurd op eigen verantwoordelijkheid:

“Ik denk omdat het, de teams er wel zo zelfverzekerd van zijn geworden. Veel zelfverzekerder, ik heb het team heel erg zien groeien en opbloeien.” R7

Ruim de helft van de respondenten lichtte dan ook ervaringen toe waarin duidelijk werd dat zij zelf initiatief hadden genomen. Zoals het opzoeken van informatie om te leren, in gesprek gaan met collega's over veranderingen, het zoeken naar een nieuwe structuur na meer verantwoordelijkheid te hebben gekregen, zoeken naar ruimte in regels en het zoeken naar handvaten bij een gevoel van onrust na een verandering. Deze initiatieven beperken zich tot het niveau van de werkvloer. Hiertoe wordt geen contact gezocht op het niveau van de organisatie. De overige respondenten schetsten juist een gebrek aan initiatief. Tot slot wordt door een klein aantal respondenten te veel verantwoordelijkheid ervaren.

### 5.3 Behoeftte hebben

Het superthema ‘behoefte hebben’ bevat de hoofdthema's waarbinnen respondenten aan het licht brengen wat hun verlangens zijn, dit vanuit de ervaringen als onderdeel van een lerende verpleeghuissituatie. De hoofdthema's zijn hier: ervaren van structuur, ervaren van uitdaging, waardering beleven.



### *5.3.1 Ervaren van structuur*

In hoge mate komen ervaringen naar voren die te maken hebben met het ervaren van onduidelijkheid. Er wordt bijvoorbeeld veel getwijfeld over de eigen interpretatie van wat de organisatie van hen verwacht. Tevens wordt er veel onwetendheid ervaren, beleven zij verschillende signalen te ontvangen, en sommigen hebben het gevoel telkens van het kastje naar de muur te worden gestuurd. De kern is dat duidelijkheid wordt gemist en de behoefte daaraan groot is. Zo ook met betrekking tot sturing, verschillende respondenten hebben het idee dat zij tegenwoordig makkelijk losgelaten worden en het zelf uit moeten zoeken.

Voorheen hebben zij leiding krijgen als prettig ervaren. Kaders worden idem dito gemist en als prettig ervaren.

“ (...) je krijgt steeds meer wel de kaders. Alleen die waren er in het begin niet, dus je was een beetje aan het spartelen. Waarbij ook niet voor iedereen duidelijk was hoe en wat. (...) Zo weet je wel, dat ook niet voor iedereen duide.. op de een of andere manier niet voor iedereen hetzelfde geldt ofzo. Dat vond ik, dat is wel onhandig.” R5

Enkele respondenten vertellen de steun die met momenten geboden werd, erg gewaardeerd te hebben en menen dat hogerhand soms meer zou moeten ondersteunen.

### *5.3.2 Ervaren van uitdaging*

Uitdagingen worden door nagenoeg alle respondenten als belangrijk of zelfs noodzakelijk ervaren. Ze zijn bijvoorbeeld nodig om zin in het werken te behouden. Die uitdagingen zijn voor de respondenten bovenal verbonden met de doelgroep.

“Het is echt die doelgroep, dat vind ik interessant, zoek ik ook veel van op.” R6

“Het is nooit hetzelfde, het is altijd afwisselend. Hmm je blijft erbij nadenken. Het blijft een uitdaging. En wordt ook wel een beroep gedaan op je creativiteit.” R5

Een enkeling ervaart nieuwe dingen doen als een uitdaging, vindt meer taken interessant en ziet zelf beslissingen nemen als een stimulans.

### *5.3.3 Waardering beleven*

De helft van de respondenten heeft aangegeven dat waardering krijgen belangrijk voor hen is. Enkele respondenten hebben een moment ervaren dat zij zich niet gewaardeerd voelden. Daarnaast voelde een enkeling zich niet erkend vanwege de negatieve publiciteit, en het negatieve beeld wat er op dit moment geschetst wordt over de verpleeghuiszorg. Dit heeft

verband met gevoelens van onbegrip. Er wordt door een aantal respondenten onbegrip ervaren bij familieleden van cliënten, en ook bij personen die niet betrokken zijn in deze zorgsector.

“We doen gewoon ons best, en uhh, maar af en toe vind ik het wel jammer dat de zorg uh af en toe een beetje op de achtergrond verdwijnt. En nee ja vooral die families die snappen dat niet.” R6

In relatie tot waardering krijgen komen in het bijzonder ervaringen naar voren die verbonden zijn met al dan niet ‘gezien worden’. Daadwerkelijk gehoord worden en persoonlijke aandacht wordt door het merendeel van de respondenten als prettig ervaren. Positieve ervaringen worden beschreven in relatie tot de momenten waarop men het idee had dat hun kennis, passie of kwaliteiten werden gezien, er naar hen geluisterd werd en er persoonlijke aandacht was. Respondenten geven aan dat dit zeer belangrijk is. Daarentegen ervaren de meesten dat dit tegenwoordig minder en soms te weinig gebeurt. Zoals geïllustreerd in onderstaande passage uit een van de interviews, waaruit blijkt dat betreffende respondent zich eerst niet gezien voelde en vervolgens te laat gehoord:

“Uhm. Speel het eerst eens gewoon via ons. Zo van jullie werken hier bla bla, dit deed je ermee, wat denk je nog meer te kunnen halen hier zeg maar. Als team zijnde. Dan ga je het vanuit de groep bekijken, die zeg maar daar ook over, meeste, affiniteit mee heeft enzo en. En de meeste ervaring. Ik zou er bij wijze van ook eerst aan een verpleegkundige gaan vragen van uh hoe doe jij dit bij een cliënt want ik moet die straks gaan douchen of weet ik veel wat.

*O14: Dat vind je wel belangrijk?*

R14: Ja, zo van ga naar degene toe die dan daar verstand van heeft. Of in ieder geval al..

*O15: Dat is op dat moment toen niet zo gebeurd?*

R15: Niet echt nee. Ja. Naderhand, op een gegeven moment nadat het allemaal dan een beetje spaak loopt en wij aan het zwemmen zijn met onze handjes in de lucht ja, wij weten het ook even niet meer, dan vragen wij zelf weer een gesprek aan. Zo van eehj, zus en zus en zo, we zijn nu hier en hier mee bezig, dit werkt niet, dit werkt wel.” R3

## 5.4 Conclusie

Bovenstaande beschrijving van de bevindingen laat een waaier aan ervaringen zien wat betreft het fenomeen onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie. Ook tonen zich verschillen in ervaringen, met name of bepaalde segmenten als positief of negatief worden ervaren. Maar er zijn zeker ook overeenkomsten, de geleefde ervaring kan immers worden gerelateerd aan drie thema's: relationaliteit, verwachtingen en behoefte hebben. Deze vormen dan ook een rode draad in de geleefde ervaring van alle respondenten met het fenomeen. Een rechtlijnige conclusie kan hieruit echter niet worden getrokken. Want wat opvalt, zijn de tegenstellingen die zich met name binnen de eerste twee thema's vrijwel voortdurend voordoen. Zoals dat er gevoelsmatig geen band ervaren wordt met de organisatie, hoewel de zorgverleners vertellen altijd zijn te blijven hangen vanwege een gevoel van vertrouwdheid. En enerzijds vinden zij iedereen belangrijk en wensen zij een gevoel van gelijkheid, anderzijds wordt bijvoorbeeld aangegeven van hogere niveaus te willen leren, en is er behoefte aan meer sturing van hogerhand. Ook wordt vanuit de zorgverleners zelf van hogere functies/niveaus onderling meer verwacht. Tevens wordt leiding en ondersteuning krijgen prettig gevonden en gemist, ofschoon meer zelfstandigheid en verantwoordelijkheid als leuk en als een uitdaging wordt ervaren. Evenwel wordt te weinig invloed ondervonden op organisatorisch gebied, terwijl te kennen wordt gegeven dat men op dat gebied geen initiatieven neemt en geen contact of verdieping zoekt. Bovendien toont zich duidelijk spanning tussen het ondervinden van verwachtingen en het beleven van verantwoordelijkheid. Daarentegen kan met betrekking tot het uitgesproken thema 'behoefte hebben', welke vanuit de geleefde ervaringen de verlangens van de zorgverlener aan het licht brengt, een breed gedragen conclusie worden getrokken. De kern hiervan is dat zorgverleners onduidelijkheid ervaren, zich onzeker voelen en zich te weinig gezien, gehoord of gewaardeerd voelen.

*Wat is de geleefde ervaring van zorgverleners wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie?*

Zoals reeds benoemd vormt relationaliteit in de geleefde ervaringen van zorgverleners een belangrijk element. Deze kenmerkt zich door de ambivalentie in de verbondenheid en relatie met de organisatie. Die verbondenheid wordt daarentegen sterk beleefd in de relatie tussen de zorgverleners onderling en tussen de zorgverleners en de doelgroep, met andere woorden de cliënten. Uitsluitend deze bindt de zorgverleners aan de organisatie, zorgt voor uitdaging en eventuele initiatieven tot leren. Dit terwijl binnen een lerende organisatie medewerkers de drijvende kracht zouden moeten zijn tot het verwezenlijken van de ambities van de

organisatie. Bijvoorbeeld door de kwaliteit van zorg naar een hoger plan te tillen. In de relatie met de organisatie komt het concept macht duidelijk naar voren. Dit concept onthult zich in ervaringen als een gebrek aan invloed, te weinig inbreng en geen betrokkenheid. Daarnaast maakt machteloosheid, zich onderworpen voelen en moedeloosheid het principe onmacht tot een belangrijke factor binnen de geleefde ervaring van zorgverleners. Dit ondanks dat samenspel een van de kernwaarden van de betreffende lerende verpleeghuisorganisatie is.

Die relationaliteit relateert zich evenzo aan het tweede betekenisvolle element in de geleefde ervaringen: ‘verwachtingen’. Ook hier worden veelal de relaties tussen zorgverleners onderling en die met de doelgroep/cliënten aan het licht gebracht. In de beleving van het thema verwachtingen bevinden zich meerdere interessante spanningsvelden. Ten eerste worden negatieve ervaringen vrij constant gekoppeld aan die van anderen, en niet zozeer als vanuit zichzelf doorleefd. Ten tweede valt op dat met betrekking tot voldoen aan verwachtingen door de zorgverleners nauwelijks verbinding wordt gemaakt met het verbeteren van de zorg aan cliënten. Dit hoewel kwaliteit van zorg een prominent onderdeel is van een lerende verpleeghuisorganisatie. Er wordt ervaren dat veranderingen worden opgelegd, en daardoor lijken zorgverleners die verbinding met kwaliteit van zorg kwijt te raken. De veranderingen en ontwikkelingen zijn voor hen eerder een op zichzelf staand onderdeel geworden. Deze zijn gereduceerd tot obstakels die moeten worden overwonnen. Dit gaat gepaard met een legio aan negatieve gevoelens, die vooral worden aangewakkerd door het proces van verandering en ontwikkeling binnen de organisatie. Aansluitend wordt de relatie met goede zorg voor cliënten enkel vanuit een negatieve grondslag beleefd. Tot slot staat daar tegenover dat de mogelijkheid en het belang van leren en persoonlijke ontwikkeling wel wordt gezien, en als positief ervaren.

Het derde en laatste belangrijke element dat inzicht geeft in de geleefde ervaring van zorgverleners komt neer op ‘behoefte hebben’. Dit beschrijft in eerste instantie tekortkomingen die worden ondervonden. Zo is het ervaren van gebrek aan structuur prominent aanwezig in de geleefde ervaring van zorgverleners. Dit hoewel het bij een lerende organisatie past om medewerkers vrijheid te geven om zichzelf te kunnen ontwikkelen, en aan te passen aan een veranderde omgeving. In de geleefde ervaring van zorgverleners worden de contouren van een spanningsveld tussen zelfstandigheid en sturing krijgen zichtbaar. En ofschoon de organisatie focus heeft op zijn zorgverleners, voelen zij zich minder gezien of gehoord en ervaren zij een gebrek aan waardering.

## 6. ZORGETHISCHE REFLECTIE

Dit hoofdstuk geeft een zorgethische beschouwing op de resultaten uit het empirische onderzoek. Hoe kan vanuit een zorgethisch discours worden gekeken naar de geleefde ervaring van zorgverleners? Door reflectie en discussie wordt zorgethische theorie in dialoog gebracht met de conclusie uit hoofdstuk vijf. De conclusie van dit hoofdstuk geeft antwoord op de tweede deelvraag: Welke inzichten levert een zorgethische reflectie op de geleefde ervaring van zorgverleners op?

In de geleefde ervaring van de zorgverleners<sup>1</sup> toont zich pluriformiteit, de uitkomst van de geleefde ervaring is dan ook niet eenduidig. Daarmee wordt meteen een zorgethische overtuiging gekenschetst, namelijk dat praktijken alleen in hun pluraliteit gedefinieerd en begrepen kunnen worden. In dit geval zitten in die pluriformiteit een aantal hoofdelementen gevangen: relationaliteit, verwachtingen en behoefte hebben. Binnen deze elementen zijn zorgethische concepten te traceren, die zich eerder al kenbaar maakte in de conceptuele verkenning en *sensitizing concepts*.

### 6.1 Relationaliteit

#### *6.1.1 Betrokkenheid - verbondenheid vs. distantie*

Volgens Annelies van Heijst (2005) duikt relationaliteit vaak paarsgewijs op met betrokkenheid, dit zijn beiden kernbegrippen uit de zorgethiek. In de geleefde ervaring van de zorgverleners is een van haar inzichten over betrokkenheid herkenbaar. Zij beschrijft dat betrokkenheid vaker iets zegt over waar iemand tégen is dan dat het inzicht geeft in waar iemand vóór is. De zorgverleners benoemen concreet zich niet betrokken te voelen bij, of verbonden te zijn met de organisatie<sup>2</sup> in de zin van een gevoelsmatige band. Hoe dit komt wordt inzichtelijk in de verschillende ervaringen die betrekking hebben op de relatie met de organisatie. Daarentegen geven de zorgverleners duidelijk verbondenheid aan met de doelgroep. Ten eerste valt echter op dat hiertoe geen gevoelsmatig aspect wordt geuit. Ook wordt die betrokkenheid en verbondenheid in relatie met de cliënt niet verder geëxpliciteerd. Tot slot komt het onderdeel zorg voor cliënten in de geleefde ervaring nauwelijks aan bod. Indien hier wel over gesproken wordt, zijn de ervaringen wat betreft het onderdeel zijn van

---

<sup>1</sup> Indien in dit hoofdstuk gesproken wordt over ‘de zorgverleners’ worden uitsluitend de betrokken respondenten uit het empirische onderzoek bedoeld.

<sup>2</sup> Met ‘de organisatie’ worden expliciet de organisatielagen boven het niveau van de werkvloer aangeduid.

lerende organisatie overwegend negatief.

De oorzaak daarvan ligt vanuit het gedachtegoed van Van Heijst, in de heersende opvatting binnen zorgpraktijken, dat betrokkenheid onlosmakelijk verbonden hoort te zijn met behoud van distantie. Door zorgmarginalisering, het beschrijven van standaarden, kwaliteitsmetingen enzovoort, is er risico dat die distantie in de hedendaagse zorgpraktijk meer en meer vergroot. Op het moment dat zorgverleners hun vakkundige competenties tot het doel van zorgverlening verheffen, dreigen zij de essentie van zorgen zelfs uit het oog te verliezen. Is dit wat onder deze groep zorgverleners gebeurt? Mist in de geleefde ervaring van de zorgverleners, wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie, daarom verbinding met goede zorg aan cliënten? Een belangrijk speerpunt van een lerende organisatie is tenslotte scholing en ontwikkeling van medewerkers.

Volgens Van Heijst richten missies van zorgorganisaties zich steeds vaker op excellentie en presteren. Ten behoeve daarvan worden concrete kaders opgesteld en is de aanpak doelgericht, dit met een focus op professionalisering. Wat er in het primaire zorgproces gebeurt, tussen professionals en cliënten, wordt daarmee steeds meer uit het oog verloren. Hoogwaardige professionaliteit en een organisatorisch geolied systeem kan de relaties op dat niveau van zorg aantasten. Nel Noddings (1984) ziet die abstractie eveneens als een van de gevaren binnen institutionele contexten. Er is een risico dat te snel naar een rationele en objectieve modus wordt gegaan, en het concrete van zien en voelen verloren gaat. In de ervaringen van de zorgverleners is op zijn minst een blikvernauwing waar te nemen.

### *6.1.2 Macht en onmacht*

Binnen zorgethiek onderzoekt relationaliteit de patronen van betrokkenheid, neemt het interacties onder de loep en wordt gezocht naar de betekenis van gevoelsmatige bindingen (Van Heijst, 2005). In dit geval openbaart zich in die relationele interacties het concept macht, wat een belangrijk component is in de geleefde ervaring van de zorgverleners. Die macht uit zich hier in de relatie tussen de zorgverleners en de organisatie. Waarbij de zorgverleners het gevoel hebben dat zij zich in een ondergeschikte positie bevinden. Zij ervaren een gebrek aan invloed, en voelen zich onmachtig.

Zoals reeds in de conceptuele verkenning naar voren kwam wenst Joan Tronto aandacht voor machtsverhoudingen in zorg (Tronto, 2010). Tronto beschouwt zorg als een politieke praktijk die is ingebed in instituties en systemen. Daardoor voeren instituties hoe dan ook druk uit op

degenen die daarbinnen werkzaam zijn (Tronto, 1993). De zorgverleners voelen die druk, zij beleven de verwachtingen die aan hen gesteld worden als te hoog, en het geeft hen een gevoel van machteloosheid. Zij geven aan wat dat betreft de tijd van vroeger te missen, omdat in die tijd door hen een minder hoge druk werd ervaren. De zorgverleners noemen hierbij als voorbeeld dat het ‘niet moeten’ wordt gemist.

Tevens erkent Tronto het risico dat hoge machtsposities activiteiten van zorg negeren. De zorgverleners zelf schetsen een duidelijk onderscheid tussen ‘zorgen dat’ en ‘zorg geven aan’. Zij kennen aan de organisatie bijvoorbeeld uitsluitend een faciliterende rol toe. Tronto meent dat door dit onderscheid de nadruk gelegd wordt op de verdeling van verantwoordelijkheden. In die verdeling worden de kwesties van macht zichtbaar, de zorgverleners voelen zich tenslotte onderworpen, maar tegelijkertijd niet verantwoordelijk voor verandering.

Daarnaast is macht altijd relationeel, zorg is altijd relationeel, in die zin is macht in zorg existentieel. Het erkennen van de machtsverhoudingen kan er voor zorgen dat die macht niet pertinent een negatieve betekenis hoeft te krijgen. Van Dijk (1997) beschrijft dat er van macht sprake is, indien de ene persoon meer invloed kan uitoefenen op het gedrag van de ander dan omgekeerd. En hoe groter het vermogen van invloed is, des te groter het machtsverschil. Het gaat er hierbij om dat invloed wordt uitgeoefend op de ander, zonder dat die persoon dat terug kan doen. Dit raakt de geleefde ervaring van de zorgverleners nauw. Echter, in de relatie tussen de organisatie en de zorgverleners, bevindt zich evenwel een wisselwerking in macht en machteloosheid. In het gevoel van machteloosheid van de zorgverleners toont zich naast moedeloosheid ook weerstand tegen veranderingen en het voldoen aan verwachtingen. Door zich passief of actief te verzetten, oefenen zij macht uit. Vanuit machteloosheid verwerven mensen soms ook macht (VanLaere et al., 2015).

### *6.1.3 Gelijkheid*

Een deel van de zorgverleners is duidelijk gevoelig voor macht, en koppelt dit aan gelijkheid in de relatie. Van Heijst (2005) beschrijft dat de door zorgverleners ervaren verschillen van invloed, een zenuw raakt met de hedendaagse focus op gelijkheid. Zorgverleners hebben moeite met die verschillen, terwijl die zich niet laten egaliseren. Daarnaast is het de vraag of gelijkheid werkelijk de wens is van de zorgverleners, daar zij eveneens behoefte aan leiding en sturing bekennen. In deze context spreekt Eva Feder Kittay (1999) over *connection-based* gelijkheid, waarbij de focus niet ligt op de praktische ongelijkheid, maar op het feit dat iedereen onderling afhankelijk is van elkaar.

## 6.2 Verwachtingen

### *6.2.1 Verantwoordelijkheid*

In het element ‘verwachtingen’ binnen de geleefde ervaring van de zorgverleners, openbaart zich een zorgethisch begrip van verantwoordelijkheid. Zorgethiek ziet verantwoordelijkheid als een van de belangrijke waarden voor het in stand houden van relaties. Daarbij heeft zij oog voor de specifieke context en persoonlijke details. Hierbij ligt de nadruk op verantwoordelijkheid voor menselijke relaties in concrete situaties. Dit sluit aan bij de ervaren verantwoordelijkheid van de zorgverleners. Met betrekking tot dit onderwerp, spreken zij namelijk overwegend over de relatie tussen hen als zorgverleners onderling en hun relatie met cliënten. In de relatie met de organisatie bleef die verantwoordelijkheid onbesproken, waardoor het logischerwijs geen onderdeel is van de geleefde ervaring van de zorgverleners. Terugkijkend op de inzichten over betrokkenheid en verbondenheid, kan hierin een mogelijk oorzakelijk verband worden gezien. Van Heijst zet namelijk uiteen dat mensen verantwoordelijkheid nemen vanuit verbondenheid (2005). Eerder bleek dat die verbondenheid met de organisatie wordt gemist, waardoor een gevoel van verantwoordelijk in die relatie mogelijk uitblijft.

Verantwoordelijkheid is een van de morele elementen in het concept van goede zorg van Tronto. Dit concept werkt zij uit in verschillende fasen: goede zorg vraagt om aandacht (oog hebben voor), verantwoordelijkheid (ervoor zorgen dat), competentie (zorgen) en responsiviteit (reactie op zorgen). Aan het begrip zorg geeft zij, zoals eerder benoemd, een politieke en sociale dimensie. Het gaat hier dus ook om verantwoordelijkheid op institutioneel en maatschappelijk niveau (1993). Die stap naar verantwoordelijkheid op een hoger niveau zoals Tronto het bedoelt, wordt door de zorgverleners nog niet gemaakt. Voor hen is de context klein, de verantwoordelijkheid beperkt zich tot het niveau van relaties binnen de dagelijkse zorgpraktijk op de werkvloer. En hoewel allen het legio aan negatieve gevoelens in hun ervaring van processen in de organisatie delen, lijkt ook daar een collectieve verantwoordelijkheid bij de zorgverleners uit te blijven. Vanuit de gedachtegang van Noddings (1984) is deze benadering wellicht te beperkt. Op deze manier wordt mogelijk de indruk gewekt dat de zorgverleners zich niet verbonden voelen en geen verantwoordelijkheid nemen omdat zij er niets om geven. Noddings stelt de kritische vraag of direct waarneembare actie nodig is om te beoordelen of iemand ergens om geeft. Zij meent dat we verder moeten kijken dan waarneembare handelingen tot verbintenen.



### 6.2.2 *Verantwoordelijkheid vs. verplichting*

Tronto (1993) schrijft dat verantwoordelijkheden vaak formeel worden opgevat als de noodzaak om te voldoen aan verplichtingen. Hier bevindt zich precies een spanningsveld in de geleefde ervaring van de zorgverleners. Over het algemeen ervaren zij dat verwachtingen en verantwoordelijkheden hen wordt opgelegd vanuit een hogere laag in de organisatie, ze hebben geen keus, ze hebben het maar te doen. Volgens Tronto heeft verantwoordelijkheid echter een andere connotatie en context dan verplichting. Verantwoordelijkheid is niet zozeer politiek, maar zit ingebed in impliciete culturele praktijken. Binnen de groeps cultuur van de zorgverleners, in de betreffende lerende verpleeghuisorganisatie, heerst tegenover het institutionele niveau een gevoel van machteloosheid, en een gebrek aan verbinding, duidelijkheid en waardering. Dit zorgt ervoor dat de heersende norm, tegenover de ontwikkelingen binnen de organisatie, weerstand is. Om bovengenoemde redenen blijft verantwoordelijkheid op dat niveau uit. Van Nistelrooij (2015) benoemt het belang van gemeenschapszin. Waarbij zij uitgaat van betekenisgeving vanuit de normen en waarden van een gemeenschap. En daarmee dus de beperkte focus op de betekenis voor het individu weghaalt. Dit raakt de geleefde ervaring van de zorgverleners, daar zij in hun ervaringen en beleving veel aandacht hadden voor de ander, en zichtbaar ontvankelijk waren voor de emoties en behoeften van collega zorgverleners.

## 6.3 Behoeften

### 6.3.1 *Kwetsbaarheid en afhankelijkheid*

Binnen de geleefde ervaring van de zorgverleners is ‘behoefte hebben’ een fundamenteel onderdeel. In die behoefte spreken twee waardige begrippen uit de zorgethiek, namelijk kwetsbaarheid en afhankelijkheid. In *Professional Loving Care* wijst Van Heijst (2011) op de kwetsbaarheid van zorgverleners. In zorg als een management, als een procedure en in marktwerking lijkt hun kwetsbaarheid als niet relevant gemaakt te worden. Zij erkent asymmetrie in de zorgrelatie, niettemin is men in behoeftigheid ook gelijk. Dat die behoeftigheid zich aan twee kanten bevindt wordt in institutionele contexten niet altijd gezien, maar wordt in de geleefde ervaring van de zorgverleners aan het licht gebracht.

De zorgverleners voelen zich makkelijk losgelaten en hebben het idee het zelf uit te moeten zoeken. Dit levert een hoop negatief beleefde ervaringen op. Zij voelen zich machteloos in hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Het erkennen van die kwetsbaarheid is belangrijk omdat het zorgt voor verbinding in de relatie (Van Heijst, 2011).

In de theorie over lerende organisaties beweert men dat voor een goed functioneren spanning en balans nodig is tussen autoriteit en autonomie. Zoals beschreven bevindt zich in de geleefde ervaring inderdaad de tegenstelling dat zelfstandigheid als prettig wordt ervaren, maar toch dringend behoefte is aan ondersteuning door middel van leiding en sturing. Vanuit zorgethiek kan dit gezien worden als een voorbeeld van een geleefde ervaring van interdependentie. Interdependentie betekent dat mensen niet volledig zelfredzaam en autonoom zijn. Autonomie en afhankelijkheid dienen als gelijkwaardige eigenschappen van de mens gezien te worden (Tronto, 1993). Er wordt uitgegaan van relationele betrokkenheid of verbinding tussen mensen, waarbinnen zij van elkaar afhankelijk zijn. Een inzicht van Martha Nussbaum wat Tronto benadrukt, is dat hulp van anderen nodig is om capaciteiten te ontwikkelen. Dit raakt de geleefde ervaring van de zorgverleners.

### *6.3.2 Waardering - waardigheid*

In de behoeften van de zorgverleners wordt nog een voor hen belangrijk thema uitgedrukt: waardering. Het ervaren gebrek aan waardering uit zich met name in de behoefte aan erkenning, zoals gehoord en gezien worden. Daarmee beperkt de waardering zich dus niet tot een rationaliteit van voldoen aan eisen en daarvoor beloning krijgen. Het raakt daardoor wel een kostbaar begrip in de zorgethiek: waardigheid. Van Heijst (2005) ziet waardigheid als een lastig begrip, en meent dat deze interactief en dynamisch gedefinieerd moet worden. Zij stelt voor het begrip aan te vullen met ‘relationele waardigheid’. Voor de omschrijving hiervan gebruikt zij de opvatting daarover van Paul Valadier. Hij omschrijft het als volgt:

“De waardigheid is dus geen eigenschap die eigen is aan de persoon in diens bijzonderheid; ze is een relatie; liever: ze manifesteert zich in de daad waardoor wij ons op de ander richten om hem te beschouwen als mens, evenzeer mens, ook al getuigt de schijn van een niet-menselijk zijn, of zelfs onmenselijkheid.” (Van Heijst, p. 253)

Vanuit dat oogpunt zit waardigheid dus in een interactie. In de ervaringen van de zorgverleners wordt duidelijk dat die interactie met de organisatie mist. Meer specifiek wordt erkenning in die interactie gemist.

### *6.3.3 Erkenning*

Annelies van Heijst (2008a) schenkt op het gebied van erkenning in ‘Iemand Zien Staan’ expliciet aandacht aan professionals. Zo merkt zij op dat de verantwoordelijkheid van zorgverleners en de verwachtingen die aan hen gesteld worden, zoals creatieve vermogens om

met allerlei situaties om te gaan, niet in verhouding staan. Meer waardering vanuit de organisatie zou hier op zijn plek zijn. Die waardering betreft dan erkenning, wat verder gaat dan uitdrukken wat een zorgverlener goed doet. Tegenwoordig krijgen zorgverleners overigens steeds meer te horen wat nog meer zou moeten en wat nog niet aan de eisen voldoet. Aangaande de context van dit onderzoek is dit in het kader van leren en verbeteren. Van Heijst meent dat meer zorgzaamheid, krediet en ondersteuning zorgverleners goed zou doen. Het heeft te maken met iemand opmerken in de juiste hoedanigheid. De zorgverleners beschreven vooral positieve ervaringen op de momenten dat hun kennis, kwaliteiten en passie werd gezien. In dit geval betekent het dus de zorgverleners erkennen in hun gedrevenheid, vakbekwaamheid en geoefendheid.

#### *6.3.4 Erkenning: aandachtigheid*

Tot slot kan in het kader van erkenning wederom teruggegrepen worden op het gedachtegoed van Tronto (1993). Zoals beschreven voelen de zorgverleners zich nauwelijks gezien of gehoord door de organisatie. Vooraf aan de fasen om tot goede zorg te komen ‘ervoor zorgen dat (verantwoordelijkheid)’, beschrijft Tronto namelijk het belang van aandachtigheid (oog hebben voor). Aandachtigheid is in haar theorie het eerste morele aspect van zorgen, omdat daarmee opgemerkt kan worden dat er een behoefte bestaat, en er vervolgens erkenning kan zijn voor die behoefte. In deze moderne tijd lijkt de verleiding om anderen te negeren, anderen uit te sluiten en onze zorgen uitsluitend op onszelf te concentreren, echter bijna onweerstaanbaar, aldus Tronto (p.127). Zeker in de context van verpleeghuiszorg, waar momenteel regelmatig crisismanagement uitgevoerd wordt, als een naartige poging greep te houden op het voldoen aan alle kwaliteitseisen. Daardoor ontstaat als het ware een ‘focus-factory’, gericht op kwaliteitseisen (Van Heijst, 2005). Die aandachtigheid voor zorgverleners blijkt nochtans van betekenis voor de relatie met de organisatie. Omdat hier kennis kan worden opgedaan over de behoeften, en van daaruit in die relatie verbinding kan ontstaan. In de relatie tussen de zorgverleners en de organisatie bleek echter al dat meer interactie gewenst is. Dit betekent dat in de aandachtigheid wisselwerking nodig is, ook van de zorgverleners wordt aandachtigheid gevraagd.

## 6.4 Conclusie

Op de geleefde ervaring van de zorgverleners zou vanuit zorgethische theorieën wellicht onuitputtelijk gereflecteerd kunnen worden. Vanwege de beperkte lengte en duur van dit onderzoek is echter een bewuste selectie gemaakt van zorgethische denkers, die met hun gedachtegoed raakvlak hebben met de concepten binnen de geleefde ervaring. En logischerwijs een solide bijdrage kunnen leveren aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

*Welke inzichten levert een zorgethische reflectie op de geleefde ervaring van zorgverleners op?*

- De geleefde ervaring van zorgverleners is pluriform, deze praktijk kan alleen in pluraliteit gedefinieerd en begrepen worden.

Relationaliteit:

- In de relationaliteit bevindt zich een spanningsveld tussen betrokkenheid/verbondenheid en distantie. Waarbij door de focus op kwaliteit en professionalisering het risico voor het vergroten van distantie is opgemerkt. Daarnaast wordt wat er in het primaire proces in de relatie tussen de zorgverleners en cliënten gebeurt, steeds meer uit het oog verloren. In de geleefde ervaring van de zorgverleners is een blikvernauwing waargenomen.
- In de relationele interactie tussen de zorgverleners en de organisatie bevindt zich het concept macht. In het onderscheid 'zorgen dat' en 'zorgen geven aan' worden kwesties van macht zichtbaar.
- Het erkennen van machtsverhoudingen kan ervoor zorgen dat aan macht niet alleen een negatieve betekenis wordt gegeven. Daarnaast is er een wisselwerking in macht en machteloosheid in de relatie tussen de zorgverleners en de organisatie.
- *Connection-based* gelijkheid lijkt meer op zijn plaats dan het streven naar praktische gelijkheid.

Verwachtingen:

- Verantwoordelijkheid van zorgverleners in de relatie met de organisatie, blijft mogelijk uit door een gebrek aan verbondenheid en betrokkenheid. De context van verantwoordelijkheid van de zorgverleners beperkt zich tot de werkvloer. Hoewel dit

niet direct hoeft te betekenen dat de zorgverleners daadwerkelijk niks geven om de organisatie.

- Er bevindt zich een spanningsveld tussen verantwoordelijkheid en verplichting. De zorgverleners ervaren de verantwoordelijkheden die zij van de organisatie krijgen als van bovenaf opgelegd; een verplichting. Tegelijkertijd houden zij binnen de eigen groepscultuur een gevoel van machteloosheid in stand, mist het daardoor aan initiatieven, en blijft een gevoel van verantwoordelijkheid voor het institutionele niveau uit.
- Met betrekking tot verantwoordelijkheid en verbinding speelt de culturele praktijk, de groepscultuur van de zorgverleners een rol. Aandacht voor gemeenschapszin is hier van belang.

#### Behoeften:

- De kwetsbaarheid van de zorgverleners is door het onderzoeken van de geleefde ervaring erkend. Het relevant maken en erkennen is van belang voor het bewerkstelligen van verbinding.
- In de geleefde ervaring van de zorgverleners zit een streven naar balans in zelfstandigheid en ondersteuning verweven. Een zorgethisch begrip van autonomie en afhankelijkheid, interdependentie zou binnen deze context gepast zijn.
- De behoefte aan waardering van de zorgverleners beperkt zich niet tot een rationele dimensie, maar gaat over waardigheid.
- Waardigheid gaat over erkenning; zorgverleners opmerken in de juiste hoedanigheid. In dit geval erkenning in gedrevenheid, vakbekwaamheid en geoefendheid.
- Aandachtigheid voor de zorgverleners kan een bouwsteen zijn voor erkenning. Op voorwaarde dat er betreffende aandachtigheid, wisselwerking plaats vindt in de relatie tussen de zorgverleners en de organisatie, zorgt het voor verbinding.

## 7. BIJDRAGE AAN GOEDE ZORG

In voorgaande twee hoofdstukken is beschreven, gereflecteerd en gaandeweg gediscussieerd. In dit proces zijn twee onderdelen uit het zorgethische drieluik te herkennen: meedenken en tegendenken. Dit hoofdstuk geeft het laatste onderdeel weer: omdenken. Hiermee zal antwoord gegeven worden op de laatste deelvraag: Wat kunnen de opgedane inzichten bijdragen aan goede zorg voor zorgverleners?

Wanneer richting gegeven wordt aan goede zorg, zal er vanuit zorgethiek altijd gekeken worden naar particuliere situaties. Dit betekent dat er aandacht is voor het unieke en bijzondere van elk moment. Daarin wordt beredeneerd vanuit connectie, contextualiteit, relaties en is er een gerichtheid op respons (Gilligan, 1982). De geleefde ervaring van zorgverleners laat een grote pluriformiteit zien, die is doordrenkt met ambivalentie. Allereerst is het dus van belang te beseffen, dat zorgverleners het fenomeen onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie verschillend beleven. En dat zij hierin individueel niet eenduidig of onbetwistbaar zijn. Doordat geprobeerd is de geleefde ervaring als complexe en particuliere praktijk te begrijpen met behulp van de zorgethische en richtinggevende concepten (*sensitizing concepts*), is alsnog inzicht verkregen in componenten die een bijdrage kunnen leveren aan goede zorg voor zorgverleners.

*Wat kunnen de opgedane inzichten bijdragen aan goede zorg voor zorgverleners?*

Allereerst zou het tot stand brengen van verbinding in de relatie tussen de zorgverleners en de organisatie wenselijk zijn. De zorgverleners ervaren al een verbondenheid in de relatie met cliënten. Tot op heden wordt er echter nauwelijks een verband gezien met de verwachtingen die de organisatie aan hen stelt en goede zorg aan cliënten. Logischerwijs mist daardoor aansluiting tussen de organisatie en de zorgverleners. Voor de zorgverleners is hun context wat betreft verbondenheid en verantwoordelijkheid klein. Een verbinding zou om die reden tot stand kunnen worden gebracht door allereerst aandacht te hebben voor de intermenselijke omgang tussen de zorgverleners en de cliënten. Het vraagt om terug te gaan naar de essentie van zorg, in de interactie tussen de zorgverleners en de cliënten in het primaire zorgproces. Annelies van Heijst (2005) spreekt over het terugplaatsen van zorg op een wezenlijke ethische grondslag. In de hedendaagse zorgpraktijk zal daarbinnen een economische rationaliteit geplaatst moeten worden. Een lerende verpleeghuisorganisatie heeft zich immers niet zonder reden op die manier geconstrueerd. Een focus op verbeteren is nodig. Het streven naar

verbeteren en leren is overigens niet zozeer de oorzaak van de waargenomen frictie. Van Heijst illustreert dat het vergroten van de betrokkenheid, positieve invloed heeft op verbondenheid, en dat die verbondenheid ervoor zorgt dat mensen verantwoordelijkheid nemen. Het *top-down* aandragen van verwachtingen, veranderingen en verantwoordelijkheden heeft zoals beschreven een negatieve invloed op verbondenheid. Zorgpraktijken vanuit de werkvloer openleggen als een bron van informatie, '*bottom-up*', biedt daartoe meer ingang. Daarnaast biedt het kans om door zorgverleners een andere invulling dan verplichting te geven aan verantwoordelijkheden. Dit omdat zij zich meer betrokken, verbonden en gewaardeerd voelen.

Een mogelijkheid om hier een bijdrage aan te leveren is vanuit *engrossment*. Aan dit begrip geeft Nel Noddings (1984) de betekenis van diepe belangstelling. Zij beaamt dat essentiële elementen in zorg zich in de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt bevinden. En dat juist op het moment dat we ons bewust zijn van problemen die tijd, intensiteit en formele relaties met zich meebrengen, na moeten denken over de noodzaak van *engrossment*. Daarmee kan eveneens betekenis gegeven worden aan de behoefte van de zorgverleners om zich gezien en gehoord te voelen. Ook kan het een hulpmiddel zijn om de kwetsbaarheid van de zorgverleners te erkennen. Het erkennen van die kwetsbaarheid, kan bijdragen aan het realiseren van de opvatting dat de zorgverleners tegelijkertijd autonoom en afhankelijk zijn: interdependent. Goede zorg voor de zorgverleners houdt in dat naast ruimte voor zelfstandigheid ook ondersteuning aan hen geboden wordt.

Het morele element aandachtigheid zoals Joan Tronto het beschrijft is hierop een mooie aanvulling. Het geeft evenwel gelegenheid om behoeften van de zorgverleners te signaleren. Maar zeker ook om hen te erkennen in hun vakbekwaamheid en geoefendheid. Dit relateert zich namelijk aan gevoelens van waardering, en goede zorg staat hier in een nauw verband met waardigheid. De zorgverleners hebben het gevoel nodig dat zij ertoe doen en meetellen. Aandacht voor relationele waardigheid kan hieraan een bijdrage leveren, daar het knelpunt in de waardigheid zich in de interactie binnen de relatie bevindt.

Op dit moment wordt echter een gevoel van onmacht beleefd door ervaringen als, een gebrek aan invloed, machteloosheid en door het idee dat men zich in een ondergeschikte positie bevinden. Anderzijds kleuren de zorgverleners de organisatie zelf in als 'zorgen dat', en maken het onderscheid met zichzelf in de zin van 'zorg geven aan'. Dit geeft blijk van een culturele praktijk onder de groep zorgverleners die de machtskwesties bevestigen. Dat die

machtsverhoudingen worden erkend is niet het probleem, hier hoeft echter niet uitsluitend een negatieve betekenis aan te worden gegeven. Zowel Van Heijst (2005,2011) als Tronto (1993, 2010) bieden inzicht in mogelijkheden om *empowerment* van zorgverleners te realiseren. Wat dat voor goede zorg aan deze groep zorgverleners inhoudt is nog onvoldoende helder, dit vraagt om aanvullend onderzoek in deze particuliere situatie.

Een eerste stap zou het tonen van inzicht in de wisselwerking in macht en machteloosheid tussen de zorgverleners en de organisatie kunnen zijn. Zodat de zorgverleners beseffen dat zij vanuit hun machteloosheid ook macht uitoefenen. Het bevestigt nogmaals de wederzijdse afhankelijkheid en de noodzaak tot verbinding. Daarom levert het concept *connection-based* gelijkheid van Eva Feder Kittay een waardige bijdrage aan goede zorg voor de zorgverleners.

Uit de geleefde ervaring van de zorgverleners blijkt dat er momenteel een groeps cultuur van overwegend negatieve gevoelens is ontstaan tegenover (met name het proces binnen) de organisatie. Daarom is verdere verdieping in die groeps cultuur eveneens gewenst. Instituten en structuren kunnen pas veranderen wanneer er een nieuw gemeenschappelijke bewustzijn is ontstaan, aldus cultuurfilosoof Charles Taylor (Van Heijst, 2005). Om de zorgverleners zich goed te laten voelen in de relatie met de organisatie, is hierin dus verandering nodig.

Meer praktisch en concreet: de zorgverleners meer betrekken bij verandering, het meer samen doordenken en vasthouden, zou hieraan alvast een bijdrage kunnen leveren. Zodoende komt ook hier het belang van verbinding weer terug.

Overigens zijn de inzichten van Van Nistelrooij (2015) met betrekking tot gemeenschapszin eveneens waardevol. Met dien verstande dat de relationele aspecten in de betrokkenheid tussen de zorgverleners onderling, een goede bron van informatie kunnen zijn voor de betekenis van goede zorg aan de zorgverleners.



## 8. Conclusie

Deze thesis begon met een persoonlijk *concern*, dat voortkwam uit eigen ervaringen in de dagelijkse praktijk van een lerende verpleeghuisorganisatie. Na verkenning kon dit *concern* in een maatschappelijk en wetenschappelijk probleemkader worden geplaatst. En zo ontstond de probleemstelling voor dit onderzoek. Zoals binnen zorgethiek gebruikelijk is werd een antwoord op de onderzoeksvraag gezocht door empirie met theorie te verbinden. In de voorgaande hoofdstukken werd met normatieve theorieën op de bevindingen uit het empirisch fenomenologisch onderzoek meegedacht, tegen-gedacht en om-gedacht. In deze conclusie zullen de belangrijkste bevindingen en verkregen inzichten worden weergegeven. Daarmee wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek:

*Wat is de geleefde ervaring van zorgverleners binnen de Riethorst Stroomland locatie Kloosterhoeve/Dotter wat betreft het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie, en wat kunnen zorgethische inzichten bijdragen aan goede zorg voor deze zorgverleners?*

De geleefde ervaring van de zorgverleners vertoont pluriformiteit en ambivalentie.

Daarbinnen openbaren zich ook overeenkomsten en verbindende factoren. Uiteindelijk kan de geleefde ervaring beschreven worden aan de hand van drie belangrijke elementen:

relationaliteit, verwachtingen en behoefte hebben. Zij vormen een rode draad binnen de pluraliteit. Binnen het thema relationaliteit staan de concepten en begrippen betrokkenheid, relaties, verbondenheid, macht, machteloosheid en moedeloosheid op de voorgrond. Het thema verwachtingen kenmerkt zich door negatieve gevoelens, en ook daar valt op dat er een relatie is met verbondenheid. Tevens komt hier het concept verantwoordelijkheid onder de aandacht. In het laatste thema, behoefte hebben, werden in eerste instantie de ervaren tekortkomingen beschreven. Gaandeweg toonde zich hier het spanningsveld tussen zelfstandigheid en sturing krijgen. Tot slot blijkt waardering een tekortkoming, en daarmee een behoefte van de zorgverleners, dit maakt het een belangrijk element in de geleefde ervaring.

Door de zorgethische reflectie konden de bevindingen uit het empirische onderzoek in een breder, zorgethisch kader worden geplaatst. Dit leverde een aantal interessante en waardevolle inzichten op. Zo is notie verkregen van een spanningsveld tussen betrokkenheid/verbondenheid en distantie, die zich binnen de relationaliteit bevindt. Evenzo is er een risico op het toenemen van distantie signaleerd, en bij de zorgverleners is een

blikvernaauwing opgemerkt. Daarnaast blijkt dat de zorgverleners machtsverhoudingen negatief beleven, hoewel macht ook andere betekenissen kan krijgen. Het inzicht in *connection-based* gelijkheid gaf twijfels of de wens voor gelijkheid daadwerkelijk een behoefte is van de zorgverleners.

Verwachtingen blijken nauw verbonden zijn met verantwoordelijkheden. Die verantwoordelijkheden staan weer in relatie met verbondenheid en betrokkenheid. Ook is opgemerkt dat de beleefde context van verantwoordelijkheid voor de zorgverleners klein is. Tegelijkertijd plaatsen de zorgverleners verantwoordelijkheid in een context van verplichtingen, terwijl zorgethiek hier een andere invulling aan geeft. Tevens werd kennis genomen van een mogelijke rol van en voor culturele praktijken en gemeenschapszin. De kwetsbaarheid van de zorgverleners is aan het licht gebracht en het erkennen daarvan bleek om verschillende redenen van belang. Het begrip interdependentie werd hier geïntroduceerd als passend binnen deze context. Aan de opvatting van waardering is een morele, relationele dimensie toegekend: relationele waardigheid. Ook hier speelt verbinding, erkenning en tot slot aandachtigheid een rol.

De essentie van goede zorg voor de zorgverleners is het tot stand brengen van verbinding. Aangezien de componenten waarin inzicht is verkregen, in de zin van dat zij bijdragen aan goede zorg (hoofdstuk 7), voortdurend te relateren zijn aan ‘verbinding’. Het ideaal is dat wanneer een verbinding tot stand wordt gebracht, op basis van de aangedragen componenten, daar ook nog eens wisselwerking ontstaat tussen de organisatie en de zorgverleners. Hiermee wordt bedoeld dat bijvoorbeeld met betrekking tot het component aandachtigheid, ook de zorgverleners aandacht hebben voor de organisatie, zodat in de verbinding een wederkerige interactie ontstaat. In bijlage 6 is dit netwerk in een grafisch figuur weergegeven.

## 8.1 Aanbevelingen

In dit onderzoek is inzicht verkregen in elementen die een bijdrage kunnen leveren aan goede zorg voor de zorgverleners binnen een lerende verpleeghuisorganisatie. Vanuit dat inzicht kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan voor de zorgpraktijk. Daarnaast levert dit onderzoek aanbevelingen voor de wetenschap.

### *8.1.1 Aanbevelingen voor zorgpraktijk*

De kern van goede zorg voor de zorgverleners, in relatie tot het organiseren van een lerende organisatie, is het tot stand brengen van verbinding. Want hoewel de zorgverleners

gemotiveerd zijn om te leren en daar ook achter staan, mist er nog samenhang met verbeteren. Ten aanzien van veranderen worden voornamelijk negatieve gevoelens ervaren. Om die verbinding tot stand te brengen kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan:

- Het onderdeel zijn van een lerende verpleeghuisorganisatie wordt door de zorgverleners op verschillende manieren beleefd, en in die beleving bevinden zich tegenstellingen. Er mist dus stelligheid, en dit biedt ruimte. Het is aan te bevelen die ruimte op te zoeken, om er vervolgens gebruik van te kunnen maken; aansluiting te vinden.
- Aansluiting bij de zorgverleners kan mogelijk gevonden worden in de verbondenheid die zij reeds ervaren met cliënten. Het vraagt om verheldering en transparantie van de relatie tussen de verwachtingen van de organisatie, en goede zorg voor cliënten.
- In het kader van de gewenste betrokkenheid en relationele waardigheid van de zorgverleners, zal terug moeten worden gegaan naar de relaties en interacties in het primaire proces: tussen de zorgverlener en de cliënt. Tevens bevindt zich daar ook alvast verbinding.
- *Engrossment* kan hier een bijdrage aanleveren. Het zorgt er namelijk voor dat de zorgverleners zich gezien, gehoord voelen en betrokken voelen. Die betrokkenheid zorgt voor verbondenheid en kan resulteren in verantwoordelijkheid. Met dit proces geven de zorgverleners verantwoordelijkheid niet meer uitsluitend de betekenis van verplichting.
- *Engrossment* is, naast aandachtigheid, ook een manier om kwetsbaarheid bij de zorgverleners te erkennen. De organisatie doet door zich te construeren als lerende organisatie, al een poging om de zorgverleners te betrekken. Alsnog mist er verbinding, daarvoor is ondersteuning nodig. Zoals door meer duidelijkheid, kaders en sturing.  
Het gaat hierbij tevens om *empowerment* van de zorgverleners.
- Wat betreft het bijdragen aan *empowerment* van de zorgverleners, is het aan te bevelen om hen inzicht te geven in de wisselwerking tussen macht en machteloosheid. Op die manier kan door de zorgverleners kennis worden genomen van de wederzijdse afhankelijkheid. En vervolgens is het raadzaam om in de relatie uit te gaan van *connection-based* gelijkheid.

- Tot slot is verdieping in de groepscultuur van de zorgverleners gewenst. Dit kan inzicht bieden in mogelijkheden voor het bijsturen en vervolgens benutten van gemeenschapszin.

#### 8.1.2 Aanbevelingen voor wetenschap

- In hoofdstuk zeven is reeds benoemd dat aanvullend onderzoek naar mogelijkheden om *empowerment* van de zorgverleners te vergroten nodig is.
- In dit onderzoek is gesignaleerd dat de groepscultuur van zorgverleners een rol speelt in de ervaringen van de zorgverleners binnen de lerende verpleeghuisorganisatie. De rol van die groepscultuur vraagt om een meer gedetailleerde beschrijving. Ook is het verkrijgen van meer inzicht in die groepscultuur wenselijk.
- De conclusie van dit onderzoek merkt aan dat het bewerkstelligen van verbinding essentieel is. Daarom is het aan te raden om een vergelijkbaar onderzoek te doen binnen de verschillende andere lagen van de organisatie. Het gaat tenslotte om verbinding.
- Tot slot is in dit onderzoek een heterogene groep zorgverleners betrokken. Dit betekent dat er verschillen waren in arbeidsduur, opleidingsniveau, functie etc. De geleefde ervaring is uiteindelijk omschreven als pluriform. Wellicht is het interessant om het onderzoek met een meer homogene onderzoeksgroep uit te voeren, zodat een nauwer aansluitende bijdrage geleverd kan worden aan goede zorg voor de zorgverleners.

## 9. KWALITEIT

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke stappen zijn ondernomen om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten en te waarborgen. Dit gebeurt voornamelijk vanuit de theorie van Adri Smaling (2009) over generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. Hoewel het onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd, zijn er beperkingen. Ook die zullen in dit laatste hoofdstuk inzichtelijk worden gemaakt.

Een belangrijk begrip voor het beoordelen van de kwaliteit van onderzoek is validiteit. Binnen kwalitatief onderzoek krijgt dit begrip vaak de betekenis van ‘meten wat je wil meten’. Vanuit een zorgethische gedachtegoed is de bedoeling eerder om te ‘begrijpen wat je wilt begrijpen’. Met betrekking tot dit begrip wordt een onderscheid gemaakt tussen externe en interne validiteit.

### 9.1 Externe validiteit

Wanneer de resultaten uit een onderzoek generaliseerbaar zijn, zijn ze extern valide. Dit betekent dat de onderzoeksresultaten ook vigeren voor personen of praktijken die niet onderzocht zijn. Generaliseerbaarheid is echter niet hetgeen waar kwalitatief onderzoek zich primair op richt, vaker gaat het om het verkrijgen van inzicht. Binnen dit onderzoek zijn vooraf geen maatregelen getroffen om de generaliseerbaarheid te waarborgen. Achteraf gezien blijkt de variatie en informatieve waarde van de resultaten uit het empirische onderzoek, in combinatie met de theorie, alsnog voldoende om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

#### *Communicatieve generaliseerbaarheid*

In de onderzoeksopzet bevonden zich geen waarborgen voor de generaliseerbaarheid. Daarom wordt achteraf beoordeeld in hoeverre, en binnen welke praktijken de resultaten van dit onderzoek wel of niet kunnen vigeren. Dit betreft het type ‘communicatieve generaliseerbaarheid’ (Smaling, 2009). De beoordeling vindt plaats door de lezer van dit onderzoek. Deze gaat na in hoeverre de bevindingen relevant zijn voor zijn of haar eigen situatie, of beoogde context. Dit betekent dat het een receptieve wijze van generaliseren betreft, in de vorm van *naturalistic generalization*. Om richting te geven aan deze naturalistische wijze van generaliseren, is door de onderzoeker zoveel mogelijk uitleg gegeven over de methode, technieken en concepten die gebruikt zijn voor het onderzoek, en waarom (Hoofdstuk drie & vier).

### *Overdraagbaarheid*

Een tweede vorm van receptieve generaliseerbaarheid is *transferability*, ook wel: overdraagbaarheid (Smaling, 2009). Omdat zorgethische onderzoek zich richt op praktijken binnen specifieke contexten, is spreken van overdraagbaarheid hier passend. Als toevoeging op de stappen die ondernomen zijn voor het borgen van *naturalistic generalization*, is daartoe binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van *thick description*. Dit door de context waarbinnen het onderzoek plaatsvond te beschrijven, alsook de condities, de rol en positie van de onderzoeker (Hoofdstuk vier). Daarnaast is voortdurend getracht de verbindingen tussen empirie en theorie zichtbaar te maken, en eventueel te verhelderen.

De rol en positie van de onderzoeker vormt één van de beperkingen van dit onderzoek. De onderzoeker is zelf onderdeel van de betreffende organisatie, is werkzaam op de onderzochte locatie, en een naaste collega van de geïnterviewde respondenten. De onderzoeker beschikte dan ook over een bepaalde voorkennis van de situatie, en soms ook over kennis van meningen van de respondenten in relatie tot het fenomeen. Alsnog is door de onderzoeker getracht zo open mogelijk de interviews te doen, en zich bewust te blijven van die voorkennis. Dit door enkel vooraf bepaalde open vragen te stellen, en zich verder uitsluitend te richten op doorvragen op hetgeen de respondent vertelde. Er is dus gekeken naar wat er op dat moment in het gesprek ontstond.

Ook heeft de onderzoeker getracht om niet in een bepaalde richting te denken tijdens de interviews en de data-analyse. Dit omdat zij zich bewust was van de voorkennis en de mogelijke invloed daarvan op het empirisch onderzoek. Uiteindelijk heeft dit onderzoek overigens in andere inzichten geresulteerd, dan die vooraf werden verwacht door de onderzoeker.

### *Bruikbaarheid*

De derde vorm van receptieve generaliseerbaarheid geeft richting aan de bruikbaarheid van het onderzoek, ofwel '*utilization value*' (Smaling, 2009). De resultaten van dit onderzoek zijn voor de context waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd logischerwijs praktisch relevant. Er kon tenslotte een gedegen conclusie worden getrokken, en een aantal aanbevelingen worden gedaan. In eerste instantie is dit onderzoek dan ook voor die lerende verpleeghuisorganisatie bedoeld. De praktische relevantie voor vergelijkbare lerende zorgorganisaties staat niet vast, maar is aannemelijk. Dit zeker in de context van een lerende verpleeghuisorganisatie, daar zij vaak beschikken over veel gemeenschappelijke factoren.

Een beperking in dit onderzoek vormt het unieke van de onderzochte locatie binnen de betreffende organisatie. De locatie is een expertisecentrum voor een specifieke en bijzondere doelgroep. Om die redenen is binnen deze context altijd een gerichtheid op kwaliteit van zorg, leren en verbeteren. Mogelijk dat de ervaringen van de zorgverleners binnen deze locatie (dus de respondenten), afwijken van de zorgverleners binnen andere locaties in de organisatie.

## 9.2 Interne validiteit

Wanneer het onderzoek op logische en een na te volgen wijze is opgezet en uitgevoerd, is het intern valide. Hier gaat het om geloofwaardigheid, *credibility*, en dat onderzocht is wat getracht werd te onderzoeken. Ten aanzien van de betrouwbaarheid, zijn de stappen uit het onderzoeksproces nauwkeurig gedigitaliseerd. Hierdoor zijn de gemaakte stappen en bewegingen ook voor anderen (niet betrokkenen bij het onderzoek), te achterhalen.

Om de interne validiteit te verhogen is binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van een *membercheck*. Van elk interview is door de onderzoeker een verslag gemaakt, dit betrof een samenvatting van het interview met daarin interpretaties van de onderzoeker (Bijlage 7). Vervolgens zijn deze verslagen aan iedere individuele respondent voorgelegd, en is nagegaan of zij het eens waren met de interpretaties. Deze *membercheck* heeft geleid tot een aantal kleine aanpassingen. Zoals dat een uitspraak positief bedoeld was, terwijl de onderzoeker deze als negatief had geïnterpreteerd.

Tevens is de interne validiteit gewaarborgd door *peer debriefing* (Visse, 2012). Dit is gebeurd door overleg, en uitwisseling van gegevens met de begeleidend docent. Op die manier heeft er externe controle plaatsgevonden op het onderzoek. Bovendien heeft er gedurende het hele onderzoeksproces overleg plaatsgevonden met twee medestudenten. Zo is er met hen gediscussieerd over de inhoud van de data-analyse, en gaven zij kritische feedback op delen van de onderzoeksrapportage. De data-analyse heeft plaatsgevonden met een tweede, onafhankelijk persoon. In dit geval betrof het een behulpzaam familielid van de onderzoeker. Deze zorgde ervoor dat de onderzoeker tijdens het coderingsproces bewust bleef nadenken over keuzes, interpretaties, en zij stuurde aan op verantwoording daarvan.

Alsnog blijft het feit dat het onderzoek maar door één onderzoeker is uitgevoerd, een beperking. Daarnaast was de bedoeling om de wijze van selectie plaats te laten vinden op basis van variëteit in de motivatie voor deelname aan het onderzoek. Dit bleek vanwege het

beperkt aantal aanmeldingen niet haalbaar. Op die manier heeft dus geen selectie plaats kunnen vinden, wat mogelijk een beperking is in dit onderzoek.

Bovendien viel op dat, ondanks de interviews zich richtte op geleefde ervaringen, vanuit een eerste persoonsperspectief beleefd, de respondenten veel vertelden over de ervaringen van anderen; collega's. De onderzoeker heeft alsnog nagestreefd om dichtbij de persoonlijk geleefde ervaring te blijven. Dit door te vangen wat die uitspraak over anderen, voor die persoon zelf betekende. Ook is getracht ervaringen te interpreteren door ze in verband te brengen met context.

Tot slot zijn er door de onderzoeker geen memo's geschreven tijdens het onderzoeksproces. Ondanks dat dit in de opzet wel werd gepretendeerd, in het kader van *bridling* (Paragraaf 4.4.). Gedachten en interpretaties die opkwamen tijdens het bestuderen van de data zijn in gesprekken met medestudenten en de begeleidend docent geuit. Ook hebben regelmatig eigen reflecties plaatsgevonden. Een beperking van dit onderzoek is, dat dit alles slechts beperkt is gedocumenteerd.



## NAWOORD

In tegenstelling tot het schrijven van een persoonlijk voorwoord, heb ik mij op het schrijven van het nawoord enorm verheugd. Dit niet omdat dit betekent dat deze masterthesis is afgerond, maar omdat dit het moment is waarop ik mensen kan bedanken.

Natuurlijk spreek ik mijn dank uit naar alle docenten van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. Hoewel ik aan het begin van de Premaster dacht dat we elkaar echt niet begrepen, bleef ik zonder enige moeite geprikkeld en gemotiveerd om wel te begrijpen. Deze studie heeft mij geen moment tegen gestaan, en ik kan alleen maar zeggen dat ik ontzettend veel heb geleerd. Af en toe voelde ik mij een vreemde eend in de bijt, een ‘puur’ praktijkmens. Achter gezien bleek dit juist een *match*. Ik blijf een praktijkmens, maar ik voel mij verrijkt.

Daarnaast wil ik mijn collega's bedanken voor hun bereidheid om diensten te ruilen tijdens momenten van studiestress. En ook voor het rekening houden met alle verplichtingen, zoals lesdagen en tentamenweken, die al die tijd aan mijn studie waren verbonden. Een extra bedankje voor de collega's die hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

Een speciale dank aan mijn vaste meelezer René, die werkelijk al mijn stukken heeft nagelopen op logica, spelling en zinsopbouw. En vervolgens elke keer weer zorgde dat alles netjes en op tijd werd uitgeprint. Regelmatig heeft hij ook gefungeerd als sparringpartner.

En dan natuurlijk dank voor mijn moeder, die zoals altijd zorgde voor momenten van ontlading en ontspanning. En dat ik toch echt wel op tijd wat at en dronk.

Tot slot grote dank aan, mijn inmiddels verloofde, Edwin. Zonder hem had ik dit niet kunnen doen.

Melanie Huijbregts

Oosterhout, 2-7-2017

## LITERATUUR

- Actiz (2016), *Oproep van ActiZ in debat over verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 20 februari 2017 via:  
<https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2016/07/oproep-van-actiz-in-debat-over-verpleeghuiszorg>
- Biggerstaff, D.L. & Thompson, A.R. (2008). *Qualitative Research in Psychology*, 5, 173-183.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgeverij.
- Centrum voor ethiek en gezondheid. (n.d.) *Informed consent*. Geraadpleegd op 25 februari 2017, via:  
<http://www.ceg.nl/themas/bekijk/informed-consent>
- Chen, S.Y., & Hsu, H.C. (2015). Nurses' reflections on good nurse traits: Implications for improving care quality. *Nursing Ethics*. Vol.22(7) 780-802.
- Dahlberg, K.(2012). *Lifeworld phenomenology for caring and health care research*. In G. Thompson, F. Dykes & S. Downe (Red.). *Qualitative Research in Midwifery and Childbirth: Phenomenological Approaches*. (pp.19-33). London, New York: Routledge
- De Riethorst Stromenland (2016a). *Nieuwsbrief organisatieontwikkeling, cliënt voorop*. Juni 2016: Nummer 20.
- De Riethorst Stromenland (2016b). *Nieuwsbrief organisatieontwikkeling, cliënt voorop*. Oktober 2016: Nummer 21.
- De Riethorst Stromenland (2016c). *Nieuwsbrief organisatieontwikkeling, cliënt voorop*. December 2016: Nummer 22.
- De Riethorst Stromenland (2017). *Strategisch plan 2017-2025 Samen fijner leven*.
- Van Dijk E. & Vermunt G.C.M. (1997), *Macht, afhankelijkheid en de verdeling van opbrengsten: De kracht van machteloosheid*. In: De Dreu C.K.W., De Vries N.K., Van Knippenberg D., Rutte C. (red.) *Fundamentele Sociale Psychologie*. Tilburg: Tilburg University Press. 1-14.
- Donoso, L.M.B., Demerouti, E., Hernandez, E.G., Moreno-Jimenez, B., & Cobo, I.C. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*. 52, 804-816
- Finlay, L. (2008). A dance between the Reduction and Reflexivity: explicating the

- “Phenomenological Attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology*. 39, 1-32.
- Gilligan, C. (1982). *In a different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press. Uit: “Images of Relationship”, 24-38.
- Haugan, G. (2013). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life- in cognitively intact nursing home patients. *Journal of advanced nursing*. 70(1), 107-120
- Haugan, G., Moksnes, U.K., & Espnes, G.A. (2013). *Journal of Holistic Nursing*. Volume 31 number 3, 152-163.
- Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* Kampen: Klement
- Heijst, A. van (2011). *Professional Loving Care. An Ethical View of the Healthcare Sector*. Leuven: Peeters
- Heijst, A. van (2008a). *Iemand zien staan*. Kampen: Klement
- Heijst, A. van. (2008b). Zorgethiek, een theoretisch overzicht. *Filosofie En Praktijk* 29 (1):7-18
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2014), *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam*. Geraadpleegd op 15 februari 2017 via:  
[www.igz.nl/zoeken/download.aspx?...Verbetering...ouderenzorg+gaat+langzaam.pdf](http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?...Verbetering...ouderenzorg+gaat+langzaam.pdf)
- Johnson, C.W., & Parry, C.D. (2015). *Fostering social justice through qualitative inquiry: a methodological guide*. Left Coast Press: Walnut Creek
- Kittay, E.F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge
- Leer, N. van (n.d.). *Promotieonderzoek: Zinnvolle zorg*.
- Movum (2017), *The Individualized Corporation*. Geraadpleegd op 18 februari 2017 via:  
<http://movum.nl/userfiles/boeken/2013%20Individualized%20Corporation.pdf>
- Nakrem, S., Vinsnes, A.G., & Seim, A. (2011). Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 48: 1357-1366
- Nistelrooij, I. van (2015). *Sacrifice: A Care-ethical Reappraisal of Sacrifice and Self-sacrifice*. Volume 4 van Ethics of care: Peeters.
- Nivel (2016), *Aantrekkelijkheid werken zorg, feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 20 februari 2017 via:  
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/aantrekkelijkheid-werken-zorg->

2015.pdf?

NOS (2017), *Geen personeel te vinden voor 10.000 vacatures verpleeghuizen*. Geraadpleegd op 20 februari 2017 via:

<http://nos.nl/artikel/2152684-geen-personeel-te-vinden-voor10-000-vacatures-verpleeghuizen.html>

Notitie over de Utrechtse Zorgethiek (2015). Geraadpleegd op 22 februari 2017 via:

<http://zorgethiek.nu/wp-content/uploads/2015/09/Notitie-over-de-Utrechtse-zorgethiek-definitief-2015.pdf>

Meide, H. Van der (2014). Data-analyse volgens de reflectieve leefwereld benadering. *Kwalon*. Vol.19(3), 68-74

Nistelrooij, I. van (2015). *Sacrifice. A Care-ethical Reappraisal of Sacrifice and Self-sacrifice*. Leuven: Peeters Publishers

Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley; London: University of California Press.

Oost, H., & Markenhof, A. (2002). *Een onderzoek voorbereiden*. Baarn: HB Uitgevers.

Rijsoverheid (2017), *100 miljoen voor extra medewerkers verpleeghuizen*. Geraadpleegd op 20 februari 2017 via:  
<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2017/01/13/100-miljoen-euro-voor-extra-medewerkers-verpleeghuizen>

Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*. 39, 259-267

Schmidt, S.G., Dichter, N., Palm, R., & Hasselhorn, H.M. (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents – evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 3134-3141

Senge, P.M. (2010). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Random House

Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon*. Volume 14-3

Smith, J.A. & Osborn, M. (2008). *Interpretative phenomenological analysis*. In: J.A. Smith (Ed), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods* London: Sage.

Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska, M., Bentham, P., & Oyeboode, J. (2017). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse Education Today*. 50: 119-123

Stanford Encyclopedia of Philosophy (2016). *Phenomenology*.

Geraadpleegd op 22 februari 2017 via:

<https://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>

- Thompson, J., Cook, G., & Duschinsky, R. (2014). 'I feel like a salesperson': the effect of multiple-source care funding on the experiences and views of nursing home nurses in England. *Nursing Inquiry*. 22: 168-177
- Tong, A., et. al. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality of Health Care*. 19(6),349-357. Advance Press Publication
- Tronto, J.C. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*. Volume 4, 158-171.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Visse, M. (2012). *Openings for humanization in modern health care practices*. Proefschrift.
- Vanlaere, L., Lemiengre, J., De Wachter, L. & Van Ooteghem, L. (2015). *Ethisch leiderschap in de zorg. Verkenning vanuit de zorgethiek*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant
- Zadelhoff, A, van., Abma, T., Verbeek, H., & Widdershoven, G. (2010). Goede zorg in kleinschalig wonen. *Denkbeeld*. 22-25